

**UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PRÁTICAS EM  
DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL**

**DISSERTAÇÃO**

**Formação Profissional em Vigilância em Saúde: contribuições para a  
efetivação de práticas de saúde voltadas à promoção da saúde e  
sustentabilidade socioambiental**

**Edilene de Menezes Pereira**

**2013**



**UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PRÁTICAS EM**  
**DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL**

**Formação Profissional em Vigilância em Saúde: contribuições para a  
efetivação de práticas de saúde voltadas à promoção da saúde e  
sustentabilidade socioambiental**

**EDILENE DE MENEZES PEREIRA**

*Sob a orientação da Professora*  
**Dra Heloisa Pacheco-Ferreira**

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Ciências**, no Curso de Pós-Graduação em Práticas em Desenvolvimento Sustentável.

Rio de Janeiro, RJ  
Outubro de 2013

362.1  
P436f  
T

Pereira, Edilene de Menezes, 1980-  
Formação profissional em vigilância em  
saúde: contribuições para a efetivação de  
práticas de saúde voltadas à promoção da  
saúde e sustentabilidade socioambiental /  
Edilene de Menezes Pereira. - 2013.  
78 f.: il.

Orientador: Heloisa Pacheco-Ferreira.  
Dissertação (mestrado) - Universidade  
Federal Rural do Rio de Janeiro, Curso de  
Pós-Graduação em Práticas em  
Desenvolvimento Sustentável, 2013.  
Bibliografia: f. 64-74.

1. Educação sanitária - Teses. 2.  
Formação profissional - Teses. 3. Promoção  
da saúde - Aspectos sociais - Teses. 4.  
Vigilância sanitária - Teses. 5. Saúde  
ambiental - Teses. 6. Desenvolvimento  
sustentável - Teses. I. Ferreira, Heloisa  
Pacheco. II. Universidade Federal Rural do  
Rio de Janeiro. Curso de Pós-Graduação em  
Práticas em Desenvolvimento Sustentável.  
III. Título.

**UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PRÁTICAS EM DESENVOLVIMENTO  
SUSTENTÁVEL**

**EDILENE DE MENEZES PEREIRA**

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Ciências**, no Programa de Pós-Graduação em Práticas em Desenvolvimento Sustentável da UFRRJ.

DISSERTAÇÃO APROVADA EM: 23/10/2013

---

Heloisa Pacheco-Ferreira. Prof<sup>a</sup>. Dra. UFRJ  
(Orientadora)

---

Claudia Vater Prof.<sup>a</sup> Dra UFRJ  
(Titular)

---

Carlos Alberto Franco da Silva Prof<sup>o</sup>. Dr UFF  
(Titular)

---

Peter May Prof.<sup>o</sup> Dr UFRRJ  
(Suplente)

---

Marli Cigagna Wiefels Prof<sup>a</sup>. Dra UFF  
(Suplente)

## **DEDICATÓRIA**

A minha mãe Edileuza de Menezes Pereira que tanto sonhou comigo a realização desse mestrado, mas o descompasso da vida a fez vislumbrar a eternidade e me ensinar que após a curva existe uma nova estrada...

## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus pais Edileuza de Menezes Pereira e João Pereira Filho, pedaços de mim, metades arrancadas de mim, mas que certamente continuam cuidando de mim;

As amigas, intercessoras e grandes irmãs Ana Eliza Sobreira, Luiza Oliveira, Mariana Máximo, Mariana Mendonça e Nilcelene Santos, com quem partilho minha vida, minhas dores, minhas alegrias. A vida é bem melhor por ter vocês!

A grande amiga Elisabete Azevedo, por todo apoio, incentivo, ajuda das mais diversas ordens e diálogo quando da construção deste estudo;

Aos colegas de trabalho e à coordenação do Laboratório de Educação Profissional em Vigilância em Saúde, pela compreensão nos momentos de liberação para a realização desse mestrado;

A Professora e orientadora Heloisa Pacheco-Ferreira, por tamanha paciência e compreensão pelos “sumiços” e demoras na entrega dos textos.

Aos professores Claudia Vater, Carlos Alberto Franco da Silva, Peter May e Marli Cigagna por aceitarem compor a banca examinadora e pelas excelentes contribuições a este estudo.

## RESUMO

PEREIRA, Edilene de Menezes. **Formação Profissional em Vigilância em Saúde: contribuições para a efetivação de práticas de saúde voltadas à promoção da saúde e sustentabilidade socioambiental**. 2013. 78 p Dissertação (Mestrado em Ciência). Programa de Pós-Graduação em Práticas em Desenvolvimento Sustentável. Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, 2013.

A relação saúde e ambiente ainda é muito recente no setor saúde, contudo o conceito ampliado de saúde elaborado a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde, produziu um novo entendimento do processo saúde-doença, agora ligado às condições de vida e mais próximo das questões da melhoria da qualidade de vida das populações. A partir de então, vem se construindo um novo modelo sanitário de promoção da saúde voltado para a produção social da saúde. Por outro lado, a melhoria da qualidade de vida e da saúde das populações está intrinsecamente ligada ao desenvolvimento de processos ecologicamente sustentáveis. O conceito de desenvolvimento sustentável estabelecido na Política Nacional de Promoção da Saúde determina entre outras ações: reorientação das práticas de saúde de modo a permitir a interação saúde, meio ambiente e desenvolvimento sustentável; e promoção do uso de metodologias de reconhecimento do território, em todas as suas dimensões – demográfica, epidemiológica, administrativa, política, tecnológica, social e cultural, como instrumento de organização dos serviços de saúde. (BRASIL, MS, 2006). Esta pesquisa tem por objetivo analisar através de um estudo de caso, na proposta de Formação Profissional em Vigilância em Saúde, a efetivação de práticas de saúde de base territorial voltadas à promoção da saúde visando a sustentabilidade socioambiental. Acredita-se que - da vigilância à promoção da saúde, encontram-se os caminhos e possibilidades de integrar e interagir com as políticas ambientais, na perspectiva de mudanças e investimentos em programas de gestão de saúde e ambiente, ampliando os campos do conhecimento e contribuindo para a melhoria da qualidade de vida. Desta forma, a oportunidade de realizar este estudo pode se constituir em um campo de aprofundamento da proposta de criação de novas práticas de base territorial para a vigilância e promoção da saúde a ser analisado e difundido a outros territórios a partir desta experiência.

Palavras chave: Vigilância em Saúde, Promoção da Saúde, Sustentabilidade Socioambiental

## ABSTRACT

PEREIRA, Edilene de Menezes. **Training for health surveillance: contributions to the effectiveness of health practices focused on health promotion and the environmental sustainability**. 2013. 78 p Dissertacion (Master in Science). Programa de Pós-Graduação em Práticas em Desenvolvimento Sustentável. Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, 2013.

The relationship between health and the environment is still very new in the health sector, however the 8th National Health Conference expanded the concept of health producing a new understanding of the process health-disease, now linked to the living conditions and closer to issues related to the improvement in quality of life. Since then, a new sanitary model of health promotion has been built aiming the social production of health. On the other hand, improving the quality of life and the health of populations is intrinsically linked to the development of environmentally sustainable processes. The concept of sustainable development set out in the National Policy for the Promotion of Health determines among other actions: reorientation of health practices to enable the interaction of health, environment and sustainable development and promotion of the use of methodologies for territory's recognition, in all its dimensions - demographic, epidemiological, administrative, political, technological, social and cultural, as an instrument for the health services' organization. (BRAZIL, MS, 2006). This search aims to analyze through a case study, the proposed training for health surveillance, the effectiveness of territorial based health practices focused on health promotion aiming the environmental sustainability. From monitoring to the promotion of health, there are different ways and possibilities to integrate and interact with environmental policies, in view of changes and investments in management programs of health and environment, expanding the field of knowledge and contributing to improve the quality of life. Therefore the opportunity to conduct this study may constitute a possibility to go deeper in the territorial based new practices' proposal for the surveillance and promotion of health, being analyzed and disseminated to other territories from this experience.

Key words: Health Surveillance, Health Promotion, Environmental Sustainability



## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1 Organograma da SVS/MS	41
Figura 2 Município do Rio de Janeiro por Áreas de Planejamento	47
Figura 3 Matriz Curricular do CTVISAU	58

## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1 Modelos Assistenciais e a Vigilância em Saúde	39
--	----

## LISTA DE SIGLAS

ABS	Atenção Básica em Saúde
ACE	Agente de Controle de Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
AVS	Agente de Vigilância em Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
DS	Distrito Sanitário
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
EPSJV	Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
ESF	Estratégia Saúde da Família
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
LAVSA	Laboratório de Educação Profissional em Vigilância em Saúde
MRS	Movimento de Reforma Sanitária
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PROFORMAR	Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
RS	Reforma Sanitária
SES	Secretária Estadual de Saúde
SILOS	Sistemas Locais de Saúde
SMS	Secretária Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
VISAU	Vigilância em Saúde

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	13
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	14
<b>1. SAÚDE, MEIO AMBIENTE E DESENVOLVIMENTO</b> .....	19
1.1 A questão ambiental .....	19
1.2 Saúde e Ambiente.....	19
1.3 Da qualidade ambiental à qualidade de vida.....	22
1.4 Saúde e Desenvolvimento.....	24
1.5 Promoção da Saúde.....	26
<b>2. A PRODUÇÃO SOCIAL DA SAÚDE, O PROCESSO SAUDE-DOENÇA E A VIGILÂNCIA EM SAUDE</b> .....	33
2.1 O conceito de saúde, os modelos explicativos do processo saúde-doença e modelos de atenção à saúde.....	33
2.2 Vigilância em Saúde.....	37
2.2.1 Estrutura e Organização da Vigilância em Saúde.....	41
2.2.2 O processo de trabalho do Agente de Vigilância em Saúde.....	43
<b>3. FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE – A EXPERIÊNCIA DA ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO</b> .....	50
3.1 Os processos formativos na área de Vigilância em Saúde da EPSJV.....	50
3.1.1 O Curso Técnico de Vigilância em Saúde.....	52
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	63
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	65
<b>ANEXO</b> .....	75

## APRESENTAÇÃO

O tema do presente estudo relacionado com a interface entre saúde e ambiente nas práticas da Vigilância em Saúde se deve às trocas e experiências compartilhadas no Laboratório de Educação Profissional em Vigilância em Saúde (LAVSA) da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Ingressei nesta Instituição no ano de 2003, como estudante de Geografia, através do Programa de Estágio Curricular (PEC) no antigo Núcleo de Vigilância em Saúde e Meio Ambiente (NUVSA), atualmente denominado LAVSA. Hoje, passados dez anos, sou bolsista de pesquisa da referida Instituição e além da pesquisa, desempenho atividades de ensino e desenvolvimento tecnológico.

Durante este período, enquanto atividade profissional, participei de pesquisas na área de Vigilância em Saúde, Vigilância em Saúde Ambiental, Territorialização em Saúde, e tive também a oportunidade de atuar como docente e participar das oficinas de construção do Curso Técnico de Vigilância em Saúde na modalidade integrada ao ensino médio e subsequente, voltada para trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS), inseridos no processo de trabalho da Vigilância em Saúde. Enquanto formação acadêmica, fiz durante os anos de 2007/2008, a Pós-Graduação *Latu Sensu* em Análise Ambiental e Gestão do Território na Escola Nacional de Ciências Estatísticas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Ence/IBGE), do qual resultou como Trabalho de Conclusão de Curso, a monografia intitulada: “Desenvolvimento, Sustentabilidade e Saúde Ambiental nos Assentamentos do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST): iniciativas em parceria com a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz”,

Desta forma, enquanto geógrafa, podemos dizer que a saúde e o ambiente são temas norteadores da minha trajetória profissional e acadêmica. A Vigilância em Saúde, sobretudo no campo da Vigilância em Saúde Ambiental, possui um forte componente geográfico, que é o monitoramento do ambiente como estratégia de diminuição das vulnerabilidades e riscos à saúde da população. Este trabalho é pensado e executado por profissionais de saúde que atuam, desde as escalas operacionais mais próximas das populações, no sentido da promoção à saúde, que são os agentes de vigilância em saúde, até esferas de ordem gerenciais que pensam, organizam e distribuem as ações, como os gestores municipais.

Neste sentido, este trabalho propõe-se a analisar na proposta de formação profissional em vigilância em saúde, a efetivação de práticas de saúde de base territorial voltadas à promoção da saúde visando a sustentabilidade socioambiental.

## INTRODUÇÃO

Os modelos de desenvolvimento adotados no Brasil, ao longo de sua formação histórica, vêm priorizando as questões econômicas, em detrimento das sociais, tendo como resultado o empobrecimento de parcelas significativas da população gerando exclusão social e produzindo no meio ambiente, processo de fragmentação e desordem do espaço territorial.

Ao se associar crescimento demográfico (des) ordenado, a pobreza crônica e a deterioração ambiental eleva-se a vulnerabilidade das cidades ao nível frequentemente chamado de desastres “tecnológicos” ou “ambientais”. O impacto cumulativo da degradação ambiental diária nas grandes cidades conduz a situações extremas.

No Brasil, e em especial as cidades do Rio de Janeiro e São Paulo, apresentaram um acelerado processo de urbanização nas últimas décadas. Associada a este processo, a especulação imobiliária tornou o valor do solo urbano muito elevado. Monken (2003) apresenta alguns fatores que impulsionaram as degradantes condições de moradia da população mais pobre, como o alto valor da infraestrutura urbana (saneamento básico, iluminação pública, acesso à água potável – encanada e tratada, transporte público, entre outros). Isso se agrava, principalmente, com o crescimento urbano desordenado, que favorece a ocupação do espaço de forma irregular, aliado à intensificação da favelização. Estes aspectos causam consequências no que se refere à qualidade de vida da população, uma vez que, como destaca Paim (2009), as desigualdades sociais e a exclusão social por si só causam doenças, mortes, violência, acidentes e vários riscos à saúde da sociedade que está exposta a estas condições de vida degradantes.

O processo de desenvolvimento da humanidade gerou grandes impactos no planeta. Porto-Gonçalves (2006) afirma que a concentração populacional implica em problemas ambientais seríssimos, que vão da escala local a escala global. E, acrescenta, “é preciso não só agir localmente como agir regional, nacional e mundialmente, posto que é a sociedade e seu espaço como um todo que está implicada no desafio ambiental” (p.290). Dentre os dilemas ambientais, a saúde se destaca como produto de organização espacial do capital de forma desigual entre os indivíduos e os lugares. A ordem territorial capitalista é preenchida de desigual distribuição de serviços (saneamento e água) e dos problemas decorrentes destas desigualdades. Assim sendo, as políticas públicas adquirem papel fundamental na solução ou agravamento da saúde da população.

Minayo (2002) resgata que no que tange à saúde, a abordagem global, sob o foco ecológico, é muito recente, e ocorre a partir do final da década de 70 – quando houve o início da percepção de que era necessário integrar as abordagens (ambiental, sanitária, pesquisa acadêmica e gestão da saúde) em prol da concreta qualidade de vida da população; e, a autora ainda destaca que nesse período “foi crescendo a convicção de que não pode haver desenvolvimento sustentável sem levar em conta os seres humanos e sua vida no ecossistema” (p.175).

Na Declaração Universal dos Direitos do Homem (1948) e na Declaração de Alma Ata (1978) a Saúde foi apresentada como um Direito de todos e um Dever do Estado. Entretanto, no Brasil, apenas na Constituição Federal de 1988, em função de uma forte mobilização social, a sociedade brasileira conquistou esse direito – ficando claro que a “conquista de direitos pela humanidade é o resultado de um longo processo de lutas” (PAIM, 2009, p.115). Em seu artigo n.º 225, a Constituição diz que: “Todos têm direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado, bem de uso comum do povo e essencial à sadia qualidade de vida, impondo-se ao poder público e à coletividade o dever de defendê-lo e preservá-lo para às presentes e futuras gerações”, sob o olhar desta definição podemos destacar: a responsabilidade de todos, na preservação da diversidade e na integridade do patrimônio genético do país.

As políticas públicas socioeconômicas que vêm sendo implantadas no Brasil nos últimos anos apresentam-se como “ameaças concretas ao direito à vida” como afirma Paim (2009, p.120). A violência presente nas grandes metrópoles brasileiras exemplifica o resultado desastroso dessas políticas, e nesse contexto, Paim (*op. cit.*) defende que “a luta pelo Direito à Saúde passa, necessariamente, pela reorientação das políticas públicas econômicas e sociais que favoreçam a redução das desigualdades, a cidadania plena, a qualidade de vida e a democracia”.

Desde a constituição do Sistema Único de Saúde (SUS) na década de 1980, o conceito de saúde passou a ser entendido num sentido mais amplo, passando a ser visto não só como a ausência de doença, mas sim como um bem e um direito social; de modo que a sociedade possa ter assegurado o exercício, e a prática, do direito à saúde.

Conforme destaca Gondim (2011) “a adoção do conceito ampliado de saúde, requer deslocamento do objeto da atenção – da doença para as condições gerais de existência humana, constituindo-se em um desafio para as estruturas de Vigilância em Saúde do SUS (epidemiológica, sanitária, ambiental e trabalhador) em decorrência da nova abrangência dos

seus campos de atuação – seja pela complexidade dos problemas de saúde, no enfoque transdisciplinar, seja pela pluralidade das intervenções, na ação multiprofissional e intersetorial”.

No processo de reorganizar as práticas de saúde do SUS, a Vigilância em Saúde passou a ser concebida como uma área essencial da Gestão, e não meramente um setor acessório, ou integrante das políticas de saúde (BRASIL, 2006).

Além da criação do SUS em 1988, a consolidação dessa área foi possível a partir da estruturação do financiamento das ações de Vigilância em Saúde, principalmente, no que se refere ao controle de doenças no SUS. Cabe destacar que, mediante a criação da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) em 2003, com objetivo de reestruturar o Ministério da Saúde, uma nova denominação foi adotada. Dessa forma, as ações de Vigilância, Controle de Doenças, Prevenção e Promoção à Saúde passaram a se reunir na mesma estrutura do Ministério da Saúde. As responsabilidades são compartilhadas, segundo as atribuições de cada esfera de governo, e com os gestores estaduais e municipais. (BRASIL, 2006, p.13)

No que se refere à interface entre a saúde e o ambiente, Gouveia (1999) diz que é preciso haver uma reincorporação das questões do meio ambiente nas políticas de saúde, bem como a integração dos objetivos da saúde ambiental numa ampla estratégia de desenvolvimento sustentável. Desta forma, uma abordagem mais integrada, com mecanismos intersetoriais que possibilitem um diálogo amplo entre as partes, trará enormes benefícios para a conquista de melhores condições de vida das populações. (SETTI, 2008)

O conceito de desenvolvimento sustentável estabelecido na Política Nacional de Promoção da Saúde do Brasil determina: III – fortalecimento de instâncias decisórias intersetoriais com o objetivo de formular políticas públicas integradas voltadas ao desenvolvimento sustentável; V – **reorientação das práticas de saúde de modo a permitir a interação saúde, meio ambiente e desenvolvimento sustentável**; VI – estímulo à produção e conhecimento e desenvolvimento de capacidades em desenvolvimento sustentável; VII – **Promoção do uso de metodologias de reconhecimento do território, em todas as suas dimensões – demográfica, epidemiológica, administrativa, política, tecnológica, social e cultural, como instrumento de organização dos serviços de saúde.** (BRASIL, MS, 2006).

Tendo como premissa, os itens acima grifados, esta pesquisa tem como objetivo geral analisar na proposta de formação profissional em vigilância em saúde, a efetivação de práticas de saúde de base territorial voltadas à promoção da saúde visando a sustentabilidade socioambiental.

E como objetivos específicos: investigar a interface entre saúde e ambiente no contexto do desenvolvimento sustentável; Conhecer a estrutura e organização da Vigilância em Saúde; Identificar os materiais e métodos da formação profissional em Vigilância em Saúde do Curso Técnico de Vigilância em Saúde oferecido pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio.

Para atingir esses objetivos a pesquisa foi desenvolvida em dois momentos: no primeiro - pesquisa bibliográfica visando o aprofundamento do referencial teórico e no segundo momento - levantamento e análise documental.

No capítulo 1 foram abordados temas como a relação saúde e ambiente no contexto do desenvolvimento sustentável e o processo de mudança do conceito de saúde, uma visão ampliada, apoiada no ideário da promoção da saúde e voltada à produção social da saúde.

No capítulo 2 é apresentado o modelo da Vigilância em Saúde, o processo de trabalho e as práticas de saúde que favorecem a participação social, a construção de ambientes saudáveis e a qualidade de vida.

No capítulo 3 é apresentado o processo de formação profissional em Vigilância em Saúde, que propõe a efetivação de práticas de saúde, a partir de bases territoriais, tendo a territorialização em saúde como organização dos serviços.

Com efeito, apontamos que – da vigilância à promoção à saúde, encontram-se os caminhos e possibilidades de integrar e interagir com as políticas ambientais, na perspectiva de mudanças e investimentos em programas de gestão de saúde e ambiente, ampliando os campos do conhecimento e contribuindo para a melhoria da qualidade de vida.

Desta forma, a oportunidade de realizar este estudo pode se constituir em um campo de aprofundamento da proposta de criação de novas práticas de base territorial para a vigilância e promoção da saúde a ser analisado e difundido a outros territórios a partir desta experiência.



## **CAPITULO I: SAÚDE, MEIO AMBIENTE E DESENVOLVIMENTO**

# CAPITULO I: SAÚDE, MEIO AMBIENTE E DESENVOLVIMENTO

## 1.1 A questão ambiental

A temática ambiental na saúde apesar de relativamente recente tem suscitado um número crescente de pesquisas, contudo, o entendimento dos agravos ainda é visto por muitos dentro da lógica biologicista linear, de causa e efeito, para explicar os processos de adoecer e/ou de se ter saúde.

A questão ambiental e sua inerente interdisciplinaridade, aponta outros enfoques à dimensão saúde, que destacam o homem e suas relações com o espaço/ambiente, constituindo a base para se avaliar o grau de satisfação e desenvolvimento humano desejados.

A abordagem ambiental desde o final do século XX despontou como um dos elementos estratégicos para o enfrentamento aos problemas de saúde, já que ela trouxe consigo, as contradições da modernidade capitalista-industrial e seus produtos, processos e hábitos que interferem qualitativamente e quantitativamente nas chamadas condições gerais da existência e/ou da qualidade ambiental - da qualidade de vida. (MONKEN, 2003)

Desse modo, podemos dizer que a relação homem/natureza-sociedade/meio se complexifica nos modos de produção social, nos processos de trabalho, na circulação e consumo de bens e serviços no cotidiano da vida, demandando ações de vigilância, monitoramento e gestão da qualidade ambiental pelos serviços de saúde e de meio ambiente. (MONKEN, 2003)

Desde a Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente Humano em 1972, que as preocupações acerca da inserção da dimensão ambiental nos modelos de desenvolvimento vem se destacando no cenário mundial.

Em 1987, a Comissão de Brundtland apresentou à Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU), um Relatório – Nosso Futuro Comum – e a partir de então, o conceito de desenvolvimento sustentável foi difundido. Neste Relatório, afirmou-se que tal conceito não é um estado permanente de harmonia, mas um processo de mudança onde a exploração de recursos, a orientação dos investimentos, os rumos do desenvolvimento ecológico e a mudança institucional devem procurar estar de acordo com as necessidades das gerações atuais e futuras.

No entanto, isto não significou apenas à incorporação da questão ecológica, resultando num novo significado para a natureza e a preservação dos recursos naturais. O atual contexto mundial de ausência de projeto econômico, social e político, faz com que a ecologia torne-se

uma ideia-força capaz de mobilizar os anseios em relação às mudanças estruturais da atualidade e a garantia da qualidade de vida das gerações futuras, exigindo o restabelecimento do equilíbrio entre as práticas sociais e a preservação da natureza, além de justiça social como forma de enfrentamento da degradação ambiental, abrindo assim, alternativas através do polêmico conceito de desenvolvimento sustentável.

Este pressupõe que o poder local esteja na sua base, valorizando as diferenças e definindo os ritmos adequados à valorização de cada lugar, segundo suas singularidades. O reconhecimento das diversidades, portanto, é um bom começo, implicando na identificação de desvantagens e trunfos nas diferentes escalas geográficas.

Este modelo traz consigo a necessidade da incorporação da preservação do meio ambiente de modo adequado ao contexto socioambiental existente, ajustado flexivelmente às distintas situações sociais, econômicas, culturais e ambientais devendo por isso, adequá-lo às especificidades de cada lugar, traduzindo-se num elemento crucial para a melhoria da qualidade de vida.

A aplicação de modelos de desenvolvimento sustentável, porém consiste em algo mais do que apenas uma relação entre o ambiente físico-ecológico e o crescimento econômico, principalmente em se tratando da questão da qualidade de vida e o meio ambiente.

As principais questões ambientais no momento, com reflexos de escala mundial, são as que mais chamam atenção nos grandes debates sobre meio ambiente.

De acordo com as entidades internacionais ambientais, consideram-se mudanças ambientais globais, àquelas que ocorrem a nível global e afetam o sistema como um todo e as que ocorrem nos níveis locais e regionais, mas tem consequências para o sistema global. Afetam o sistema terrestre como um todo se refletindo concretamente, nos espaços locais, diferenciando-se assim de acordo com as singularidades do contexto socioambiental de lugares definidos.

São sete os principais efeitos: alterações químicas da atmosfera (redução da camada de ozônio e chuva ácida); mudanças climáticas (efeito estufa); perda da biodiversidade; degradação do solo; poluição química global; depleção de recursos hídricos; e os problemas gerados pela intensa urbanização.

## 1.2 Saúde e Ambiente

O meio ambiente é um modelo multidimensional. De acordo com uma visão antropocêntrica, o meio ambiente aparece como provedor das necessidades da sociedade humana; é o sustento da vida, recursos naturais para as adjacências sadias e satisfação estética; é uma visão que tem interesse pela sobrevivência humana, esgotamento de recursos naturais, saúde e amenidade.

Uma abordagem que se sustenta na ideia de que os problemas ambientais podem ser atenuados ou até mesmo solucionados pela administração de recursos, através do uso racional dos recursos naturais visando o benefício da humanidade, onde os elementos de sobrevivência, esgotamento de recursos e de saúde pública do meio ambiente são de extrema importância - constituindo-se num meio ambiente, que é muito mais que a natureza; é o mundo social, político, econômico, cultural e físico em que vivemos.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera que a saúde humana mantém-se num estado de equilíbrio entre o seres humanos e os diversos elementos que constituem seu meio ambiente, se modificar este estado, a saúde também se perde ou será seriamente alterada.

Na Carta Pan-americana sobre Saúde e Ambiente no Desenvolvimento Sustentável, a promoção da saúde, a prevenção e a qualidade de vida das pessoas e das comunidades estão diretamente relacionadas à inserção da dimensão ambiental nos programas de todos os setores e organizações da sociedade, sendo o principal critério para orientar o planejamento e a gestão do desenvolvimento socioeconômico.

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) considera o meio ambiente como a “totalidade dos elementos externos que influem no indivíduo ou na comunidade - o entorno físico-biológico no qual vivem os seres humanos e os fatores ecológicos, culturais, sociais, econômicos e estéticos que determinam a qualidade de vida”.

Deste modo, tratamos a ideia de ecologia de forma ampliada - de espaço de reprodução das espécies e fonte de recursos, para a noção de Meio Ambiente Humano que engloba as criações do homem e suas relações sociais, entendendo que, dentro desta perspectiva, trata-se primordialmente de grupos sociais humanos, de um meio ambiente entendido, como espaço socialmente organizado. (MONKEN, 2003)

Tratando-se de espaço geográfico organizado através da racionalidade das técnicas do sistema socioeconômico capitalista, hegemônico nos dias de hoje em quase todo o mundo, a

relação sociedade e meio ambiente, fica centrada na produção de bens, onde a natureza constitui-se apenas como um recurso e o homem como força de trabalho, induzindo à uma apropriação desigual do espaço em termos territoriais e sociais. (GUSMÃO, 1990)

A saúde pode ser analisada dentro desta união, porque são as formas de organização social e os meios de transformação produtiva, através dos grupos sociais dominantes que influenciam decisivamente o equilíbrio do meio ambiente.

O meio ambiente entendido como espaço socialmente organizado, é crucial na determinação de fatores, causas e agentes, de desequilíbrios à saúde e a qualidade de vida das populações, configurando-se nos dias de hoje o “eixo central do olhar sanitário epidemiológico moderno, visto que é, decisivamente o ‘locus’ da produção e (re)produção da vida humana e da (des)ordem, da escassez e do caos das espécies”. (MONKEN, 2003)

Este entendimento sobre saúde e meio ambiente redundou em políticas e estratégias pertinentes à questão como: “a proteção dos seres humanos contra os perigos para a saúde que encontram no meio natural e no produzido pelo homem, exige não somente medidas iniciais e salvaguardas específicas, senão também, a vigilância contínua e a capacidade de atuar contra os perigos agudos e crônicos”. (OPAS, 1994 apud MONKEN, 2003)

Por fim, Barreto (1998) apud Monken et al (2008) discute três aspectos que acredita serem essenciais para a compreensão dessa relação saúde e ambiente. Em primeiro lugar, afirma que a própria história da saúde pública se desenvolve na relação entre as questões do ambiente as quais influenciam diretamente as condições de saúde. Em seguida destaca que essa ligação rompe com o paradigma puramente biológico do processo saúde-doença por entender o ambiente como um complexo onde a vida se desenvolve como um todo. Por último ressalta o papel dos movimentos sociais no que tange à busca de soluções e mitigações dos problemas ambientais que ameaçam a própria existência da humanidade.

### **1.3 Da qualidade ambiental à qualidade de vida**

A 9ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 1992 além de ter firmado a ideia de um novo modelo sanitário de promoção da saúde, produziu uma nova forma de entender e avaliar os serviços assistenciais que tradicionalmente vinculavam-se à noção de intervenção às doenças. Um novo entendimento do processo saúde-doença, intimamente ligado às

condições de vida foi então reconhecido, aproximando-se das questões da melhoria da qualidade de vida das populações. (MONKEN, 2003)

A qualidade de vida deve ser compreendida como sendo uma condição de existência dos homens sempre referida ao modo de viver em sociedade, isto é, dentro dos limites em que são colocados em cada momento histórico para se viver o cotidiano. Talvez seja um dos mais antigos conceitos na existência do homem. Contudo, nos dias de hoje a busca da qualidade de vida ainda está em evidência. Se no passado mais longínquo, estivesse ligada quase exclusivamente ao controle do homem sobre a natureza e seus riscos naturais e na resistência aos inimigos naturais e humanos, mais recentemente o conceito ressurgiu, e assume como definição o uso de técnicas.

Nos séculos recentes, do advento do capitalismo urbano-industrial moderno, a qualidade de vida passou a ser equivalente a viver no setor urbano, contar com máquinas que fizessem o trabalho pesado e ainda, controlar da melhor forma a natureza e seus recursos. No século atual o conceito de qualidade de vida se transformou em consumo. O consumo de massa, modelo de utopia de vida que impulsionava o padrão de produção industrial capitalista, passou a ser o símbolo da utopia de nível de medição de qualidade de vida, até mesmo em muitas sociedades ditas socialistas. No entanto, com o passar dos anos constatou-se ser impossível realizar a utopia de consumo de massa. A qualidade de vida como sinônimo de consumo para todos é impraticável.

Surge assim o entendimento dos “limites do crescimento” inviabilizando a construção da utopia consumista para todos. Neste contexto, levantaram-se muitas bandeiras de luta, como o ecologismo e o crescimento zero. Este movimento pode manter acesa a chama da igualdade dos direitos, mas, para isso, o processo socioeconômico mundial e o uso do saber técnico devem se subordinar a novos valores éticos.

Dessa maneira, interpretamos que as condições de saúde de uma população devem ser vistas de uma forma ampla, ou seja, através da qualidade de vida. A saúde é dependente de processos internos da pessoa e do grau de cobertura das necessidades onde a satisfação depende do grau de cobertura dos desejos e aspirações. A qualidade de vida traz em seu entendimento a unificação de questões como a satisfação das necessidades humanas, o ambiente individual e da sociedade e o desenvolvimento humano.

Qualquer dano à saúde provocado diretamente por transformações no ambiente não devem ser tratados de uma forma fragmentada da realidade, mas como já frisamos, de uma forma ampla.

O bem estar de um grupo populacional resulta da relação natureza-sociedade condicionada por motivos socioeconômicos, culturais, políticos num lugar e num momento histórico. Diante disto, o enfoque de qualidade ambiental, qualidade de vida e da saúde se integram e conduzem a estabelecer bases mais sólidas para o melhoramento do bem-estar.

Neste sentido, a noção de qualidade de vida deve integrar o projeto cultural, o projeto de desenvolvimento e o projeto de vida de uma comunidade. (LEFF, 2001)

Silveira e colaboradores (2012) apontam que a melhoria da qualidade de vida e da saúde das populações está intrinsecamente ligada ao desenvolvimento de processos ecologicamente sustentáveis.

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), para o enfrentamento das situações negativas decorrentes de mudanças ambientais, é necessário que se façam ajustes e reformas nos processos de tomada de decisões, objetivando a integração dos diversos fatores econômicos aos sociais e ambientais. Portanto, é preciso que o ambiente, a saúde e o desenvolvimento busquem articular-se conjuntamente com vistas à implementação das ações necessárias à sustentabilidade. (SILVEIRA et all, 2012)

Neste sentido, o debate sobre desenvolvimento e saúde no âmbito das políticas públicas e em especial do Sistema Único de Saúde (SUS) vem para subsidiar a formulação de ações que respondam às transformações socioambientais que, necessariamente, irão pressionar a saúde das populações e seus territórios, da atual e das futuras gerações. (SILVEIRA, et all, 2012).

#### **1.4 Saúde e Desenvolvimento**

Segundo Minayo (2002), a formulação de propostas concretas visando estreitar a relação entre saúde e ambiente se evidenciou na preparação para a Conferência das Nações Unidas para o Meio Ambiente e Desenvolvimento, conhecida como Rio-92. A partir de então, o relatório da *United Nations Commission on Environment and Development* (UNCED) propôs a Agenda 21, um dos documentos aprovados nesta Conferência, como plano de ação para o desenvolvimento sustentável e abrangeu a ideia de que as necessidades essenciais de saúde das populações deveriam ser urgentemente focalizadas dentro de um marco que articulasse suas relações com os fatores ambientais aí considerados na sua complexidade e inter-relações físicas, biológicas, químicas e sociais. (MINAYO, 2002)

A Agenda 21 é um documento composto por quarenta capítulos, que define um conjunto de ações para o século XXI. O capítulo 6 é dedicado à Proteção e Promoção das Condições da Saúde Humana. Neste afirma-se a relação entre saúde e desenvolvimento e enfatiza-se a importância dos esforços intersetoriais para as melhorias ambientais e socioeconômicas.

Freitas e Porto (2006) assinalam que entre 1972 e 1992, data das duas grandes conferências mundiais sobre meio ambiente, organizadas pela Organização das Nações Unidas, um conceito-chave ganhou proeminência - a sustentabilidade. E assim, os autores alertam para o conceito de desenvolvimento sustentável, que pode ser bastante genérico, e obscurecer as contradições dos problemas socioambientais, servindo dessa forma para favorecer os interesses economicistas. Assim sendo, o termo sustentabilidade fornece uma palavra-chave mais adequada para a compreensão dos problemas ambientais e de saúde, pois traz a ideia de que sustentabilidade da saúde e do ambiente deve ser requisito para qualquer processo de desenvolvimento e não o contrário. Muitos movimentos sociais, inclusive, têm preferido utilizar a expressão “sustentabilidade socioambiental”, que enfatiza a ideia de o desenvolvimento ser um processo em construção, que precisa necessariamente integrar dimensões ambientais e sociais.

Cabe destacar que não há um consenso em relação ao conceito de desenvolvimento sustentável. O termo se mostra indefinido, gerando inúmeras polêmicas e uma incansável busca por validação científica. Diversos autores analisam o termo separadamente a partir de uma variedade de abordagens, seja a partir do campo ideológico ou da dimensão adotada.

Sachs (2008) diz que desenvolvimento é um conceito amplo que difere do conceito de crescimento econômico, considerado ainda como uma condição necessária, mas de forma alguma suficiente, englobando as dimensões: ética, política, social, ecológica, econômica, cultural e territorial, todas sistematicamente inter-relacionadas e formando um todo.

Dessa forma, podemos dizer ainda que Sachs (2008) corrobora com a assertiva acerca da limitação do termo desenvolvimento sustentável, que segundo o autor além de nos remeter ao conceito de crescimento econômico e, portanto limita-se a um discurso de sustentabilidade ecológica, porém estamos falando de uma forma mais abrangente, considerando a sustentabilidade social, ecológica e econômica. E mais ainda pois devemos considerar também dois critérios: sustentabilidade cultural e sustentabilidade espacial- territorial. Sachs diz que *“o problema da distribuição, eu diria da má distribuição, dos homens e das*



*atividades humanas neste Planeta é certamente um dos elementos essenciais da crise socioambiental”.*

Contudo, é preciso lembrar que o conceito mais aceito mundialmente, é o que foi apresentado pela Comissão *Brundtland* (1987), conforme definição estabelecida pela Comissão Mundial de Meio Ambiente e Desenvolvimento:

“Desenvolvimento sustentável é aquele que atende às necessidades do presente sem comprometer a possibilidade das gerações futuras atenderem suas próprias necessidades”. Ele contém dois conceitos chave:

- ✓ o conceito de ‘necessidades’, sobretudo as [...] essenciais dos pobres do mundo, que devem receber a máxima prioridade;
- ✓ a noção das limitações que o estágio da tecnologia e da organização social impõe ao meio ambiente, impedindo-o de atender às necessidades presentes e futuras” (CMMAD, 1987, p.46)

## **1.5 Promoção da Saúde**

No contexto do debate da relação ambiente e saúde, à luz do desenvolvimento sustentável, paralelamente surge o movimento da Nova Saúde Pública, que tem como estratégia mudar o foco das práticas centradas principalmente nos aspectos biomédicos da atenção, para uma compreensão preventiva do estado de saúde, passando a direcionar grande parte de sua atenção para as dimensões ambientais de saúde. (FREITAS & PORTO, 2006)

Um destaque deve ser dado ao documento oficial lançado em 1974 e intitulado ‘Uma Nova Perspectiva sobre a Saúde dos Canadenses’, que ficou popularmente conhecido como Informe Lalonde, em alusão ao então ministro da saúde daquele país, Marc Lalonde.

Este documento traz pela primeira vez o termo promoção da saúde, como conceito e estratégia. Ferreira (2008) diz que a grande contribuição do documento foi a divulgação de um novo conceito de ‘campo da saúde’, formulado, na verdade, por Laframboise (1973). Segundo o autor, a autoria do novo conceito de ‘campo da saúde’, é de Laframboise, ao passo que a Marc Lalonde deve-se creditar a responsabilidade política pela adoção e divulgação do referido conceito como referência para a reforma do sistema de saúde canadense. Em relação às estratégias, o Informe trouxe uma reorientação das políticas de saúde, como forma de enfrentamento aos custos crescentes da assistência médica.

A promoção da saúde se insere como um dos modelos de atenção à saúde, voltada para a produção social da saúde, por conter em seu arcabouço teórico e em suas recomendações

operacionais, conteúdos que orientam a formulação de políticas e as intervenções de saúde na perspectiva dos coletivos humanos e das comunidades, como estratégias para fortalecer capacidade individuais e coletivas (LALONDE, 1974 apud GONDIM 2011)

Segundo Carvalho (2010), a partir da publicação do Informe Lalonde, a promoção da saúde passou a ser discutida sob quatro dimensões que se inter-relacionam operacionalmente e politicamente: ambiental, incluindo o ambiente natural e construído (social); estilos de vida, situando os comportamentos relacionados a pessoas e grupos que podem afetar a saúde; biologia humana, fatores genéticos e o funcionamento do corpo e a organização dos serviços de saúde, como possibilidade de recuperação da saúde.

Para Buss (2003), a promoção da saúde surge como reação à acentuada medicalização da saúde na sociedade e no interior do sistema de saúde. E acrescenta que embora o termo tenha sido inicialmente usado para caracterizar um ‘nível de atenção’ da medicina preventiva, presente na obra História Natural das Doenças (LEAVEL & CLARK, 1965), seu significado foi mudando ao longo do tempo, passando a representar, mais recentemente, um ‘enfoque’ político e técnico em torno do processo saúde-doença-cuidado.

A promoção da saúde emerge em um momento de crise no campo da Saúde Pública/Coletiva que culminou com questionamentos no plano político internacional em torno do conceito de saúde e conseqüentemente de revisão de sua operacionalização no âmbito dos serviços. Antes considerada como a negação do estado de doença, saúde hoje é vista como uma situação localizada num processo determinado por fatores relacionados a várias esferas: afetiva, simbólica, social, cultural, biológica, ambiental, religiosa etc. Percebemos assim, que esse conceito extrapola a área de atuação contemplada anteriormente pelas atribuições tradicionais do setor saúde, e práticas sanitárias que acontecem fora dos espaços tradicionalmente reconhecidos por ele (os serviços) passaram a integrar agora o escopo da construção das políticas.

A saúde que antes era compreendida a partir da negação do estado de doença, hoje se discute que para se compreender a ‘determinação’ das doenças, deve-se partir de múltiplas perspectivas, que incluam também fatores simbólicos e sociais em sua análise. Esta transformação no modo de se enxergar saúde e doença surgiu com as críticas, iniciadas na década de 1970, aos sistemas de saúde dos países centrais, questionados quanto à sua eficácia, eficiência, efetividade e principalmente quanto à equidade em atender as populações.

Neste sentido, como disse Buss (2003), o conceito de promoção da saúde passou a ser construído sob um “enfoque político e técnico” e define como um “campo do conhecimento e

de prática, para a qualidade de vida (...) que parte de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, propõe a articulação de saberes técnicos e populares, e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para seu enfrentamento e resolução” (BUSS, 2003 p. 165)

Bezerra (2012) sintetiza o debate sobre promoção da saúde a partir de três pontos de vistas: no conceitual, apresenta duas perspectivas de interpretação: uma com o foco no indivíduo, utiliza estratégias educativas influenciadoras de mudanças nos estilos de vida; a outra de caráter mais coletivo, com foco de atuação sobre os determinantes, tendo nas ações públicas, um meio para modificar o ambiente e melhorar a qualidade de vida da população.(BUSS, 2000). No ponto de vista político, também sob duas perspectivas: uma faz referência à responsabilidade da sociedade com a saúde, reduzindo o papel do Estado no processo; e a segunda, caracteriza a promoção como estratégia mais ampla que visa ao bem estar geral da população, não se caracterizando apenas como a ausência de doença (CZRESNIA, 2003). Do ponto de vista institucional, o conceito foi desenvolvido ao longo do século XX.

No decorrer dos últimos vinte anos, foram desenvolvidas, no campo da promoção da saúde, inúmeras ações, como pesquisas, publicações, eventos nacionais e internacionais. Buss (2003) elencou mais de vinte ações. E dentre elas, as conferências internacionais que se tornaram um marco político. Um evento de grande repercussão mundial nos sistemas de saúde ocorrido logo após a divulgação do Informe Lalonde foi a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde realizada em Alma-Ata na antiga URSS em 1978. A Conferência trouxe um novo enfoque para o campo da saúde, colocando a meta de ‘Saúde para Todos no ano 2000’ e recomendando a adoção de um conjunto de oito ‘elementos essenciais’: educação dirigida aos problemas de saúde prevalentes e métodos para sua prevenção e controle; promoção do suprimento de alimentos e nutrição adequada; abastecimento de água e saneamento básico apropriados; atenção materno-infantil, incluindo o planejamento familiar; imunização contra as principais doenças infecciosas; prevenção e controle de doenças endêmicas; tratamento apropriado de doenças comuns e acidentes; e distribuição de medicamentos básicos (WHO/Unicef, 1978 apud BUSS, 2003)

A Primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde foi realizada em Ottawa no Canadá, em 1986, em seguida Adelaide, na Austrália, em 1988; Sundsvall, na Suécia, em 1991; Jacarta, na Indonésia, em 1997; Cidade do México, em 2000, e por último, em Bangkok, Tailândia, no ano de 2005.

Todas essas conferências geraram um documento-síntese como resultado, apontando uma série de ações. A Carta de Ottawa (1986) gerada na Primeira Conferência define promoção da saúde como “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (BRASIL, 2002 p.19). Associa a promoção da saúde a um conjunto de valores (vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação, e parceria) e de estratégias (do Estado, da comunidade, de indivíduos, do sistema de saúde, e da parceria intersetorial) visando a responsabilização mútua para os problemas e as soluções. (BUSS, 2003)

Neste sentido, as cinco estratégias apresentadas na Carta são: o estabelecimento de políticas públicas saudáveis, a criação de ambientes favoráveis, o fortalecimento de ações comunitárias, o desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação dos serviços de saúde.

Outro princípio ressaltado na Carta de Ottawa é a valorização do conhecimento popular e da participação social decorrente deste saber, o que vem a consistir na base da formulação conceitual e das práticas da promoção da saúde.

Um destaque deve ser dado a uma das cinco estratégias apresentadas na Carta de Ottawa e depois amplamente discutida na Conferência de Sundsvall (1991) – criação de ambientes favoráveis e promotores de saúde. Entende-se ambiente neste caso a partir de uma aceção ampla, e não apenas a dimensão física ou ‘natural’, mas também às dimensões social, econômica, política e cultural. A saúde é pensada como fator essencial para o ser humano e este campo de ação implica no reconhecimento da complexidade das nossas sociedades e das relações de interdependência entre os diversos setores. A proteção e conservação ambientais, o acompanhamento dos impactos e as mudanças no ambiente sobre a saúde e a criação de ambientes que a favoreçam, como o trabalho, o lazer, o lar, a escola e a própria cidade passam dessa maneira a compor a agenda da saúde.

No que diz respeito à noção de políticas públicas saudáveis, o debate que vem sendo desenvolvido nas conferências internacionais destaca a vinculação entre as políticas sociais e econômicas, expressa a necessidade de assegurar a participação democrática no processo de formulação de políticas, chama a atenção para a responsabilização, compartilhada entre o setor público e o setor privado, incorpora a proposta de estabelecimento de parcerias entre os diversos setores e enfatiza a capacidade de as pessoas e grupos se mobilizarem e se

organizarem para o desencadeamento de ações políticas coletivas voltadas à intervenção sobre os determinantes da saúde em diferentes contextos e territórios. (BUSS, 2003)

Uma atenção especial também ser dada à aproximação dos conceitos de promoção da saúde e de desenvolvimento sustentável. Na Carta de Otawa a saúde é vista como “o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida”( BRASIL, 2002 p.20)

Todos esses eventos influenciaram sobremaneira no Brasil e na elaboração de sua política de saúde. No mesmo ano da Conferência em Otawa, por exemplo, é realizada no Brasil a 8ª Conferência Nacional de Saúde, e a conceituação ampla de saúde é incorporada ao Relatório Final da Conferência: Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade. (BRASIL/MS, 1986).

Por sua vez a 8ª Conferência Nacional de Saúde, um marco na História da Saúde Pública Brasileira, se dá em um contexto de democratização da sociedade brasileira, e do movimento pela Reforma Sanitária. A promoção da saúde, portanto, teve uma inserção na Constituição de 1988, que criou o Sistema Único de Saúde através da Lei 8080/90.

Nesta direção conceito de promoção da saúde entrou definitivamente na pauta de agendas políticas de base territorial, como Estratégia de Saúde da Família e a Vigilância em Saúde e muitos programas de Atenção Básica. A Política Nacional de Promoção da Saúde, criada em 2006, traz como uma de suas ações específicas a promoção do desenvolvimento sustentável que determina:

- I – Apoio aos diversos centros colaboradores existentes no País que desenvolvem iniciativas promotoras do desenvolvimento sustentável;
- II – Apoio à elaboração de planos de ação estaduais e locais, incorporados aos Planos Diretores das Cidades;
- III – Fortalecimento de instâncias decisórias intersetoriais com o objetivo de formular políticas públicas integradas voltadas ao desenvolvimento sustentável;
- IV – Apoio ao envolvimento da esfera não-governamental (empresas, escolas, igrejas e associações várias) no desenvolvimento de políticas públicas de promoção da saúde, em especial no que se refere ao movimento por ambientes saudáveis;
- V – Reorientação das práticas de saúde de modo a permitir a interação saúde, meio ambiente e desenvolvimento sustentável;

VI – Estímulo à produção de conhecimento e desenvolvimento de capacidades em desenvolvimento sustentável; e  
VII – Promoção do uso de metodologias de reconhecimento do território, em todas as suas dimensões – demográfica, epidemiológica, administrativa, política, tecnológica, social e cultural, como instrumento de organização dos serviços de saúde. (BRASIL, MS, 2006)

Com efeito, a população, a partir da década de 1990, e mais recentemente com o processo de descentralização do SUS (MENDES, 1993), passou a perceber mais de perto os profissionais de saúde que, atuando sobre uma base territorial, como os agentes de vigilância e os comunitários de saúde, possuem bons instrumentos para garantir a prática da promoção. (BEZERRA, 2012)

Esta dissertação toma por base essa assertiva ao vislumbrar uma proposta de práticas sanitárias baseadas na ação sob territórios, que fazem uso da técnica de territorialização em saúde, isto é o “reconhecimento e o esquadramento do território segundo a lógica das relações entre condições de vida, ambiente e acesso às ações e aos serviços de saúde”. (TEIXEIRA et al, 1998) Esta proposta se insere no processo de formação profissional em Vigilância em Saúde, e objetiva adotá-la nas práticas dos serviços, a partir da articulação que se estabelece entre a escola, os serviços e a comunidade, conforme veremos nos capítulos seguintes.

**CAPITULO II: A PRODUÇÃO SOCIAL DA SAÚDE, O PROCESSO  
SAÚDE-DOENÇA E A VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

## **CAPITULO II: A PRODUÇÃO SOCIAL DA SAÚDE, O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA E A VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

### **2.1 O conceito de saúde, os modelos explicativos do processo saúde-doença e modelos de atenção a saúde**

Em 1986 mesmo ano da Primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde, acontece no Brasil, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, marco do Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira. Nesta, um novo conceito de saúde é elaborado, o chamado conceito ‘ampliado de saúde’, sendo agora associado a determinação social do processo saúde-doença.

Dessa forma:

a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso à serviços de saúde. É, assim, antes de tudo o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. [...] A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas (BRASIL, 1986, p. 4).

Neste contexto, a saúde passa então a ser vista a partir de múltiplas perspectivas, que incluem também fatores simbólicos e sociais em sua análise. E assim, é aprovado também o compromisso com uma política de saúde integrada às demais políticas sociais e econômicas e ao investimento na garantia de direitos sociais universais, de exercício indissociável da participação popular na organização, gestão e controle dos serviços e ações de saúde.

Isto posto os artigos 196 e 200 referentes à saúde são aprovados na Constituição de 1988 e dois anos mais tarde regulamentados pelas Leis Orgânicas da Saúde: 8.080/90 e 8.142/90, com o seguinte conceito de saúde:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. Art. 3 (BRASIL,1990a)

BURIGO (2010) afirma que a noção de saúde como produção social é uma importante conquista do movimento sanitário, e partindo da compreensão que a saúde da população resulta da



forma como se organiza a sociedade, em suas dimensões política, econômica e cultural, este movimento propôs mudanças em direção à democratização da sociedade como um todo, bem como das práticas de saúde, implicando a sua própria reorganização. (PAIM 2001)

Entretanto, para a realização de novas práticas de saúde, é imprescindível a compreensão dos sentidos e significados do processo saúde-doença, bem como, das relações que se estabelecem entre ambos e entre as construções teóricas e as intervenções práticas à que remetem.

Diante disto, vemos ao longo da história diversos paradigmas que buscavam explicar o processo de adoecimento e que serviram de base conceitual para as práticas de saúde.

Como herança do modelo positivista de ciência, tem-se no campo da saúde a hegemonia de modelos explicativos do processo saúde-doença que restringem o olhar sobre a doença, sobre os aspectos objetivos, a exemplo o modelo unicausal de explicação das doenças.

Antes do surgimento da microbiologia, boa parte das doenças ainda era explicada segundo a teoria dos miasmas, proposta por Hipócrates. Tal teoria relacionava o surgimento das enfermidades com a inalação de ares insalubres, em ambientes nos quais águas estagnadas e matéria orgânica em decomposição corrompiam o ar, apontando, portanto, na maioria das vezes as más condições do ambiente como causas das doenças. (BARRET, 2000)

No final do século XIX, com os avanços da medicina, o descobrimento do microorganismo, da bactéria como causadora de doenças, revolucionou a ciência médica. Derrubou os mitos que existiam e propiciou a identificação dos vários vetores causadores de doenças e a erradicação de muitas destas.

Porém, a partir de então a causalidade das epidemias ficou reduzida a um agente etiológico específico que após ser identificado deveria ser combatido, e tomou-se como praxe nos modelos explicativos e de atenção à saúde, a intervenção sobre a doença, de forma técnica e restrita.

Seguindo o paradigma positivista de ciência, portanto, é que vários modelos foram constituindo suas bases, resultando numa prática médica essencialmente curativa e biologicista ao passo que as determinações econômicas, sociais e políticas foram sendo deixadas de lado.

O modelo unicausal de compreensão da doença estava relacionado à existência de apenas um agente causador, mas teve importância a medida que avançaram no conhecimento das doenças infecciosas e muitas delas foram erradicadas.

Contudo, com o avanço da industrialização há uma mudança no panorama da saúde dessa nova sociedade industrializada e doenças até então desconhecidas, advindas desse novo modelo de vida, começaram a emergir - as doenças crônico-degenerativas, como o câncer e o diabetes, por exemplo. Sendo assim, um ponto de início para o surgimento dos modelos multicausais de explicação das doenças, que agora passavam a delimitar “fatores” e não mais um “agente”, no processo saúde-doença, dentre eles destaca-se o modelo ecológico, também conhecido como modelo de “história natural das doenças” proposto por Leavell e Clark (1976) que relacionava três esferas: o ambiente, o hospedeiro e o agente, na chamada ‘tríade ecológica’.

Este modelo propôs uma divisão da história natural da doença, que serviu à operacionalização de medidas que visavam parar o processo de doença em seu estágio mais precoce e, com isso, evitar seus desdobramentos, sequelas e incapacidades. Para os autores existiam dois períodos, o pré-patogênico e o patogênico e a separação entre os dois, estaria o advento da penetração do agente patogênico no meio interno do indivíduo, ou seja, em seu organismo. (MORAES, 2005)

Neste modelo, à prevenção primária cabem medidas que servem a desenvolver um estado de saúde ótimo, seja através da proteção específica do homem contra agentes patogênicos, seja estabelecendo barreiras contra aqueles agentes presentes no meio ambiente. (MORAES, 2005)

Porém, diversas críticas foram direcionadas a este modelo, dentre as quais a impossibilidade de expandi-lo para a análise de doenças não-transmissíveis, uma vez que tem como base as doenças infecciosas. Ademais, o fato de tratar todos os elementos da mesma forma, ou seja, naturalizar as relações entre o ambiente, o hospedeiro e o agente, esquecendo que o ser humano produz socialmente sua vida em um tempo histórico e que por isso, em certos períodos, podem ocorrer doenças diferentes com intensidades e manifestações também diferentes. (PALMEIRA et al, 2004 apud BATISTELLA, 2007).

Contudo, este modelo avançou na forma de explicar o fenômeno de saúde e doença na medida em que contempla, ao menos como campo das práticas sanitárias, outras áreas que não o corpo biológico.

A abordagem iniciada na década de 1960, sobre a produção social da saúde e da doença contrapõe o modelo da história natural da doença, pois passa a considerar todos os aspectos envolvidos na análise de uma realidade sanitária, não mais simplesmente a relação causa-efeito, mas a importância do papel da estrutura social na produção nos processos de

saúde e doença, analisando também como determinantes os fatores culturais, práticas sociais e a constituição do espaço (BATISTELLA, 2007).

Teixeira (2006) aponta que neste contexto de “releitura crítica e atualização histórico-concreta, do diagrama proposto originalmente por Leavell & Clark”, surge a Vigilância em Saúde, que parte da premissa que não se deve deter o avanço das doenças, mas rever constantemente, os sujeitos, os meios de trabalho e as formas de organização das práticas (BATISTELLA, 2007)

Contudo, no Brasil há dois modelos assistenciais hegemônicos – o modelo médico assistencial-privatista e o modelo assistencial sanitaria.

No modelo médico assistencial-privatista a atenção à saúde é predominantemente individual e curativa com um nítido predomínio do hospital sobre as demais alternativas de assistência. No modelo assistencial-sanitaria, destacam-se as unidades de saúde, a partir das quais se operacionalizam as campanhas, os programas e as ações de vigilância sanitária e epidemiológica. A convivência desses modelos, seja em caráter complementar ou de maneira contraditória, vem caracterizando um “sistema” de saúde, pautado por uma prática fragmentada, oferecida de maneira desigual e descontextualizada dos cidadãos, gerando respostas pontuais e limitações profundas para a garantia de uma atenção efetiva, equânime e integral à saúde. (OLIVEIRA E CASANOVA, 2007)

Cabe ressaltar, que a discussão em torno da mudança de um novo modelo de atenção a saúde, fez parte da pauta da Reforma Sanitária Brasileira, tendo sido, portanto abordada na 8ª Conferência Nacional de Saúde, porém “em virtude da proeminência de questões de ordem jurídico-legal (em função do debate parlamentar sobre o direito à saúde e a legislação do SUS) e político-institucional, particularmente a problemática do financiamento e gestão do sistema público de saúde”, o debate tomou outro rumo, e somente após a 12ª Conferência Nacional de Saúde, essa a discussão, assim como a organização de novas práticas de saúde, voltaram à tona. (TEIXEIRA, 2006)

E assim diversos estudos sobre a efetividade dos modelos assistenciais implementados na concretização dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), apontam a insuficiência dos modelos vigentes em responder a complexidade e diversidade dos problemas de saúde da população brasileira. Como decorrência, também tem sido amplamente discutida, propostas alternativas de reformulação ou superação desses modelos, capazes de suprir essas necessidades.

Seguindo uma linha de ampliação do conceito de saúde e de enfoque sobre a determinação social da doença surgiram outras abordagens que propuseram ações mais integradas conjugando as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde à outras

formas de cuidado voltadas para qualidade de vida das coletividades, incorporando atores sociais antes excluídos do processo de produção da saúde.

Entre as principais propostas de mudança na organização das práticas de saúde, na busca de um modelo de atenção integral à saúde dos indivíduos, encontra-se a Vigilância em Saúde, que propõe uma transformação do saber e das práticas sanitárias por meio da redefinição do objeto, da reorientação do processo de trabalho e da reorganização dos serviços de saúde. (TEIXEIRA, PAIM, VILLASBOAS, 1998)

Entretanto, Teixeira e Solla (2006) observam que em relação às propostas de mudança no modelo de atenção à saúde, nenhuma, sozinha, é capaz de agregar todos os aspectos envolvidos no processo de mudança das práticas de saúde, pois cada uma delas prioriza parte desse processo, seja o desenho do sistema ao nível macro-organizacional, ou a mudança do processo de trabalho em saúde, ao nível das micro-práticas, tanto em termos de conteúdo quanto em termos de forma de organização das relações entre os agentes das práticas e destes com os usuários.

Para tanto, visando a aproximação com o objeto de estudo, a seguir serão apresentados os aspectos, conceituais, técnicos e organizacionais da Vigilância em Saúde.

## **2.2 Vigilância em Saúde**

A Vigilância em Saúde pode ser entendida como:

Uma proposta de reorganização das práticas de saúde que leve em conta, por um lado, a busca de integralidade do cuidado à saúde e por outro a necessidade de adequar as ações e serviços à situação concreta da população de cada área territorial definida em função das características sociais, epidemiológicas e sanitárias, seja um distrito sanitário, um município ou uma microrregião de saúde. (TEIXEIRA, 2003. p.37)

Como arcabouço teórico e prático a Vigilância em Saúde introduz como estratégico compreender a dinâmica das relações sociais, econômicas, políticas, ambientais e culturais que se materializam em uma dada população e em um território, as quais especificam e configuram os problemas sanitários e um perfil de necessidades, delineando possibilidades de atenção e cuidados requeridos ao seu enfrentamento (TEIXEIRA, PAIM & VILLASBÔAS, 1998).

No Brasil, o debate sobre a construção da Vigilância em Saúde surgiu no início dos anos 90, quando vários distritos sanitários em processo de implantação buscavam organizar os

esforços para redefinir as práticas de saúde, tentando articular a epidemiologia, o planejamento e a organização dos serviços (TEIXEIRA, 2002).

As primeiras experiências nessa direção se realizam com a implantação de Distritos Sanitários nos anos 80, por iniciativa das SES e SMS, apoiadas pela OPAS e a Cooperação Italiana em Saúde que possibilitou a estruturação de vários sistemas municipais de saúde em diferentes estados brasileiros (Rio de Janeiro; Bahia; São Paulo; Ceará; Rio Grande do Norte). Sua inspiração são os SILOS, que por sua vez atualiza a proposta inglesa de 1920 do Relatório Dawson (TEIXEIRA & SOLLA, 2006 apud GONDIM, 2011).

Nesse momento, a preocupação incidia sobre a possibilidade de reorganizar a prestação dos serviços, buscando a integração das diferentes lógicas existentes: a atenção à demanda espontânea, os programas especiais e a oferta organizada dos serviços, com base na identificação das necessidades de saúde da população.

A partir de então, surgem três concepções em torno da Vigilância em Saúde: a primeira que a concebe como sinônimo de análise de situação de saúde, onde o objeto da vigilância é ampliado, no entanto, as ações voltadas para o enfrentamento dos problemas não são incorporadas. A segunda que entende a vigilância em Saúde como Integração institucional entre a vigilância epidemiológica e a vigilância sanitária, desencadeando reformas administrativas, e, em alguns casos, o fortalecimento das ações de vigilância sanitária e a articulação com os centros de saúde.

A terceira noção compreende a vigilância em Saúde como uma proposta de redefinição das práticas sanitárias, organizando os processos de trabalho em saúde sob a forma de operações, visando o enfrentamento dos problemas que requerem atenção e acompanhamentos contínuos. Para tanto, recomenda-se que essas operações sejam desenvolvidas em territórios delimitados, nos diferentes períodos do processo saúde-doença, o que requer a combinação de diferentes tecnologias. (MONKEN & BARCELLOS, 2007, p.206 e 207).

Nesta última concepção, é indicado ainda, um caminho fértil para a consolidação do ideário e princípios do SUS, pois baseando-se no conceito positivo do processo saúde-enfermidade permite deslocar o olhar sobre o objeto da saúde pública – da doença para o modo de vida das pessoas (MONKEN & BARCELLOS, 2007, p.206 e 207). (Quadro 1).

Quadro 1. Modelos Assistenciais e a Vigilância em Saúde

<b>Modelo</b>	<b>Sujeito</b>	<b>Objeto</b>	<b>Meios de trabalho</b>	<b>Formas de organização</b>
Modelo médico-assistencial privatista	Médico especialização complementariedade (paramédicos)	Doença (patologia e outras) Doentes (clínica e cirurgia)	Tecnologia médica (indivíduo)	Rede de serviços de saúde Hospital
Modelo sanitaria	Sanitarista - auxiliares	Modos de transmissão Fatores de risco	Tecnologia sanitária	Campanhas sanitárias Programas especiais Sistemas de vigilância epidemiológica e sanitária
Vigilância da saúde	Equipe de saúde População (cidadãos)	Danos, riscos, necessidades e determinantes dos modos de vida e saúde (condições de vida e trabalho)	Tecnologias de comunicação social, de planejamento e programação local situacional e tecnologias médico-sanitárias	Políticas públicas saudáveis Ações intersetoriais Intervenções específicas (promoção, prevenção e recuperação) Operações sobre problemas e grupos populacionais

Fonte: TEIXEIRA, C., PAIM, J. & VILASBOAS, A. L., 1998

Segundo Gondim (2011), o modelo atual de vigilância em saúde pode ser analisado por duas dimensões: “uma técnica – novo modelo de atenção, voltado para a produção social da saúde, e uma gerencial – nova organização do processo de trabalho, das práticas sanitárias no nível local” (GONDIM, 2011, p. 111).

Sob a dimensão técnica estabelece o diálogo com a promoção à saúde, e expressa uma visão de acumulação social, baseada num estado de bem-estar que pode indicar acúmulos positivos e/ou negativos. Portanto, compreende que a dinâmica das relações socioambientais estabelecidas em uma população e em um território é o que define suas necessidades de cuidados à saúde. (MONKEN E BARCELLOS, 2007)

Por sua vez, a dimensão gerencial, criam-se programas de saúde baseados em métodos de vigilância que propõem uma articulação entre saberes advindos da epidemiologia, do planejamento e das ciências sociais em saúde, entendendo que essa nova prática utiliza os conhecimentos epidemiológicos nos serviços de saúde - inclusive na avaliação e pesquisa - e suas ações vão buscar no entendimento das desigualdades sociais modos pertinentes para intervir sobre o adoecimento das populações. (MONKEN E BARCELLOS, 2007)

A interdisciplinaridade presente na Vigilância em Saúde reconstrói para o campo da saúde pública a possibilidade de pensar e fazer saúde a partir do contexto de cada realidade social, onde os acontecimentos que afetam a qualidade de vida das populações são decorrentes de interações e situações diversas. Portanto, necessitam para sua apreensão de um olhar plural sobre a realidade e os fatos. (MONKEN E BARCELLOS, 2007)

Essa reconstrução cognitiva acerca dos problemas de saúde, ao mesmo tempo em que afirma a complexidade e a dinâmica da vida cotidiana, indica o espaço local como lugar singular para transformações das práticas em saúde. Significa que as respostas a serem buscadas deverão refletir a realidade e embasar-se em diferentes campos do saber, colocando para o trabalhador de saúde uma reflexão constante sobre o quê, como e com quem fazer. (MONKEN E BARCELLOS, 2007)

As práticas de Vigilância em Saúde a serem desenvolvidas, devem pautar-se no diagnóstico da situação de saúde e condições de vida, no entendimento das desigualdades sociais, de modo a intervir com efetividade sobre os problemas de saúde (danos e riscos) e dar respostas adequadas à população: uma combinação tecnológica estruturada para resolver questões postas pela realidade social e de saúde (CAMPOS, 2003)

Uma forma de enfrentar os problemas socioambientais que afetam a saúde humana, consiste na implementação de políticas de saúde que sejam baseadas no reconhecimento dos determinantes sociais da saúde através de técnicas de territorialização de informações, específicos de cada grupo populacional (GALLO & SETTI, 2012)

Por fim, para Teixeira, Paim e Villasbôas (1998), a vigilância da saúde apresenta sete características básicas: i) intervenção sobre problemas de saúde, (danos, riscos e/ ou determinantes); ii) ênfase em problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuos; iii) operacionalização do conceito de risco; iv) articulação entre ações promocionais, preventivas e curativas; v) atuação intersetorial; vi) ações sobre o território; vii) intervenção sob a forma de operações. (TEIXEIRA, PAIM e VILLASBÔAS, 1998, p.18).

Gondim, (2011) coloca que para dar suporte à operacionalização da proposta conceitual e técnica da VISAU, quatro abordagens devem ser consideradas como indissociáveis:

1. O planejamento e a programação local em saúde (PPLS) inserido como parte do processo histórico e como instrumental para se efetuar mudanças nas práticas de gestão nos sistemas locais de saúde (TEIXEIRA, 1993, p.138 apud GONDIM, 2011)

2. A intersetorialidade e práticas sanitárias, tomadas como a busca de uma unidade do fazer, associada à vinculação, reciprocidade e complementaridade na ação humana (MENDES, 1996, p. 252 apud GONDIM, 2011)
3. A Territorialização de informações, simultaneamente, como necessidade de reconhecimento e esquadramento do território, segundo a lógica das relações entre ambiente, condições de vida, situação de saúde, acesso às ações e serviços de saúde (TEIXEIRA et al, 1998 p.20) e como metodologia estruturante do processo de trabalho para o empoderamento da equipe e da população no enfrentamento dos problemas no território (GONDIM & MONKEN, 2008 apud GONDIM, 2011)
4. O processo de trabalho em saúde ou a Organização Social das Práticas de Saúde (PAIM, 1993), como relações estabelecidas entre os elementos que compõem o processo – o objeto, o sujeito, os meios, mediados pelo conhecimento (técnico-científico e popular) e pelas tecnologias disponíveis (leves, leves-duras, duras) para intervir sobre os problemas e as necessidades identificadas (GONÇALVES, 1994 apud GONDIM, 2011)

### **2.2.1 Estrutura e Organização da Vigilância em Saúde**

Conforme já mencionado, a Vigilância em Saúde foi institucionalizada a partir de década de 90, porém incorporou-se às propostas de reorganização do sistema de saúde, desde o final dos anos 70.

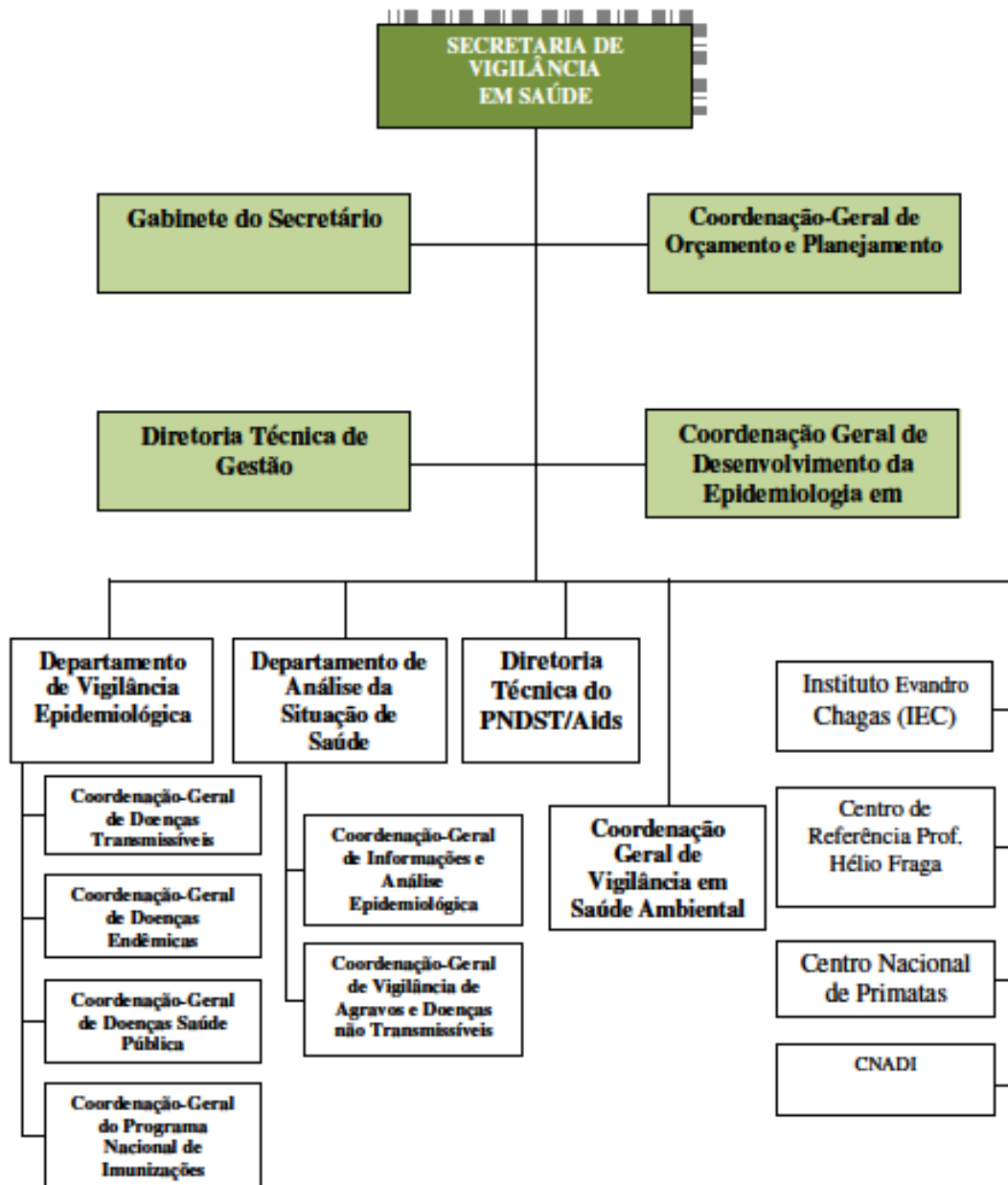
Em 1997, a Fundação Nacional de Saúde (Funasa), com apoio do Banco Mundial, cria o Projeto de Estruturação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde – VIGISUS, para dar suporte a quatro subprojetos estratégicos nessa área: Vigilância Epidemiológica, Vigilância Ambiental, Amazônia Legal e Saúde Indígena. O Projeto se materializa através de dois componentes: um previsto para fortalecer as ações da Funasa (pesquisa, ensino e infraestrutura) e outro destinado a dar suporte aos estados e municípios (capacitação e estruturação da rede de serviços).

A partir deste projeto, a discussão acerca da Vigilância em Saúde se amplia e o intenso debate proporcionou a consolidação do campo, e o desenvolvimento de novas práticas que incorporam seus conceitos estruturantes – território/população, problemas de saúde, intersetorialidade e interdisciplinaridade. (MONKEN E BARCELLOS, 2007)

O Ministério da Saúde criou em 2003 a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), uma nova estrutura formada para agrupar os programas e ações que atuavam com doenças e agravos, como o de DST/AIDS, tuberculose, hanseníase, entre outros. (Figura. 1)



Figura 1: Organograma da SVS/MS



Fonte: BRASIL, MS, 2006

De acordo com as Diretrizes Nacionais apresentadas pelo SVS/MS, a Vigilância em Saúde tem por objetivo:

a observação e análise permanentes da situação de saúde da população, articulando-se em um conjunto de ações destinadas a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, garantindo-se a integralidade da atenção, o que inclui tanto a abordagem individual como coletiva dos problemas de saúde. (BRASIL, MS, 2010 p. 16)

A mesma Portaria do MS (2010) define o conceito de vigilância em saúde incluindo: a vigilância e o controle das doenças transmissíveis; a vigilância das doenças e agravos não transmissíveis; a vigilância da situação de saúde, vigilância ambiental em saúde, vigilância da saúde do trabalhador e a vigilância sanitária, e apresenta as ações de cada componente:

**Vigilância Epidemiológica (VE):** é um conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual ou coletiva, com a finalidade de se recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

Acompanha os casos das doenças transmissíveis e das doenças e agravos não-transmissíveis e tem como funções, dentre outras: coleta e processamento de dados; análise e interpretação dos dados processados, divulgação das informações, investigação epidemiológica de casos e surtos; análise dos resultados obtidos e recomendações de promoção de medidas de controle indicadas.

**Vigilância da situação de saúde** desenvolve ações de monitoramento contínuo do país/estado/região/município/território, por meio de estudos e análises que revelem o comportamento dos principais indicadores de saúde, priorizando questões relevantes e contribuindo para um planejamento de saúde mais abrangente.

**Vigilância em Saúde Ambiental (VSA)** visa ao conhecimento e à detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes do ambiente que interferiram na saúde humana;

Tem como função recomendar e adotar medidas de prevenção e controle dos fatores de risco, relacionados às doenças e outros agravos à saúde, prioritariamente a vigilância da qualidade da água para consumo humano, ar e solo; desastres de origem natural, substâncias químicas, acidentes com produtos perigosos, fatores físicos, e ambiente de trabalho.

**Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT)** caracteriza-se por ser um conjunto de atividades destinadas à promoção e proteção, recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho.

**Vigilância Sanitária (VISA)** é entendida como um conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, na produção e circulação de bens e na prestação de serviços de interesse da saúde. Abrange o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e o controle da prestação de serviços que, direta ou indiretamente, se relacionam com a saúde. (BRASIL, MS, 2010 p. 19)

A Vigilância Ambiental de acordo com a Instrução Normativa 01/2005 do MS, organiza dentro do escopo do projeto VIGISUS oito áreas representadas por programas específicos: 1) Vigilância da Qualidade da Água para o Consumo Humano (VIGIAGUA); 2) Vigilância da Qualidade do Ar (VIGIAR); 3) Vigilância da Qualidade do solo (VIGISOLO); 4) Vigilância a saúde de pessoas expostas a contaminantes químicos (VIGIPEQ); 5) Vigilância em saúde ambiental relacionada aos desastres naturais (VIGIDESTASTES); 6) Vigilância ambiental relacionada as substâncias químicas (VIGIQUIM); 7) Vigilância a saúde ambiental relacionada a fatores físicos (VIGISIFI); 8) Vigilância a saúde do trabalhador. (BEZERRA, 2012)

### **2.2.2 O processo de trabalho do Agente de Vigilância em Saúde**

De acordo com a Portaria 1.007 de 2010 do Ministério da Saúde, muitas nomenclaturas são utilizadas para definirem os agentes de combate às endemias, como agente de controle de endemias, de controle de zoonoses, de vigilância ambiental e até de vigilância em saúde, como é o caso do município do Rio de Janeiro, sendo, portanto, a nomenclatura que vamos utilizar neste estudo.

O agente de vigilância em saúde (AVS) é parte do conjunto dos trabalhadores do SUS, que desenvolvem ações de promoção e proteção à saúde, configurando um trabalho parcelar no interior do processo de trabalho em saúde. Deve ser integrado e integrador de diferentes práticas de saúde e estar voltado para a dimensão coletiva da saúde-doença-cuidado, entendendo o coletivo não como resultado da soma dos indivíduos de uma comunidade, mas como materialidade histórica e expressão social da existência humana que, em contextos e situações singulares, expressa nas formas de levar a vida potencialidades, necessidades e problemas de saúde. (MOREIRA, 2012)

A lei 11.350 de 2006 define em seu Art. 4º:

O Agente de Combate às Endemias (ACE) tem como atribuição o exercício de atividades de vigilância, prevenção e controle de doenças e promoção da saúde, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor de cada ente federado.

Ao desenvolver suas atividades no controle de endemias, a prática desse profissional subtende uma ação interdisciplinar, pensando-se a “saúde como uma prática social” e a “saúde pública como uma mediação entre a teoria e a prática, entre ‘modelos’ e propostas de ordenamento da atenção à saúde” (STOTZ, 1994 p. 131 apud BARROSO, 2004 p. 31)

O processo de trabalho do AVS apoia-se em uma prática estratégica, o trinômio informação-decisão-ação, para reconhecer as condições de vida e a situação de saúde das populações de territórios delimitados em sua área de atuação. Utiliza-se para tanto das ferramentas teóricas e práticas da gestão, do planejamento estratégico situacional, da epidemiologia, da geografia crítica, da cartografia, da educação e da comunicação para entender e se fazer entender junto a uma equipe de saúde multidisciplinar e a população.

A gestão do trabalho do AVS pauta-se pela autonomia, o diálogo, a contextualização e o compartilhamento para tomada de decisão e o desenvolvimento de ações, circunscritas a responsabilidades sanitárias e sociais bem delimitadas. Por ser um ator fundamental para a efetivação da vigilância em saúde, pode inserir-se em qualquer estrutura operacional de vigilância e em outras áreas afins – Vigilância Epidemiológica (VE), Vigilância em Saúde Ambiental (VSA), Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT), Vigilância Sanitária (VISA) planejamento e gestão, informação, educação e comunicação, como também em qualquer instituição de saúde das três esferas de governo – Secretaria Municipal de Saúde (SMS), Secretaria Estadual de Saúde (SES), Estratégia de Saúde da Família (ESF), Fundação Nacional de Saúde (Funasa), Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), e outras.

Contudo, o que tem se verificado nos municípios é que os AVS estão vinculados apenas na Vigilância em Saúde Ambiental, sobretudo nos programas de controle de doenças, o que causa uma série de questionamentos por parte dos agentes, que ficam sem uma identidade profissional.

Os AVS atuam em um recorte territorial definido dentro de uma diretoria ou subdiretoria regional. São formados com base em itinerários a serem cumpridos no trabalho que realizam no campo – nas moradias, nas fazendas, nos povoados ou em localidades rurais – que consistem em visitas para a busca de vetores ou das condições propícias a sua reprodução, percorrem, portanto, lugares muito diversificados. (GONDIM, 2011)

Uma das questões atuais é a possibilidade de ampliar o conteúdo do trabalho desses profissionais de forma que, durante o trabalho de campo, eles consigam avançar na compreensão dos problemas de saúde das famílias e das populações, e também na observação exclusiva dos fatores associados às endemias e assim teria suas ações convergindo com as

ações dos agentes comunitários de saúde (BARCELLOS & ROJAS 2004 apud GONDIM, 2011)

No município do Rio de Janeiro o AVS atua num território previamente definido pela Secretaria Municipal de Saúde, visto que suas ações estão localizadas num recorte espacial, que são as Coordenadorias de Áreas de Planejamento<sup>1</sup> (CAPs), do Rio de Janeiro (Figura 2). Para tornar as ações de vigilância em saúde no território eficazes, o AVS utiliza as atividades de campo no seu processo de trabalho.

Os AVS delimitam seus territórios de atuação em áreas urbanas segundo um número de determinado de imóveis, aproximadamente oitocentos ( de trinta a quarenta quarteirões). Eles têm sido denominados distritos ou microáreas. (GONDIM, 2011)

Em relação às práticas de saúde desenvolvidas no território, Gondim (2011) pondera:

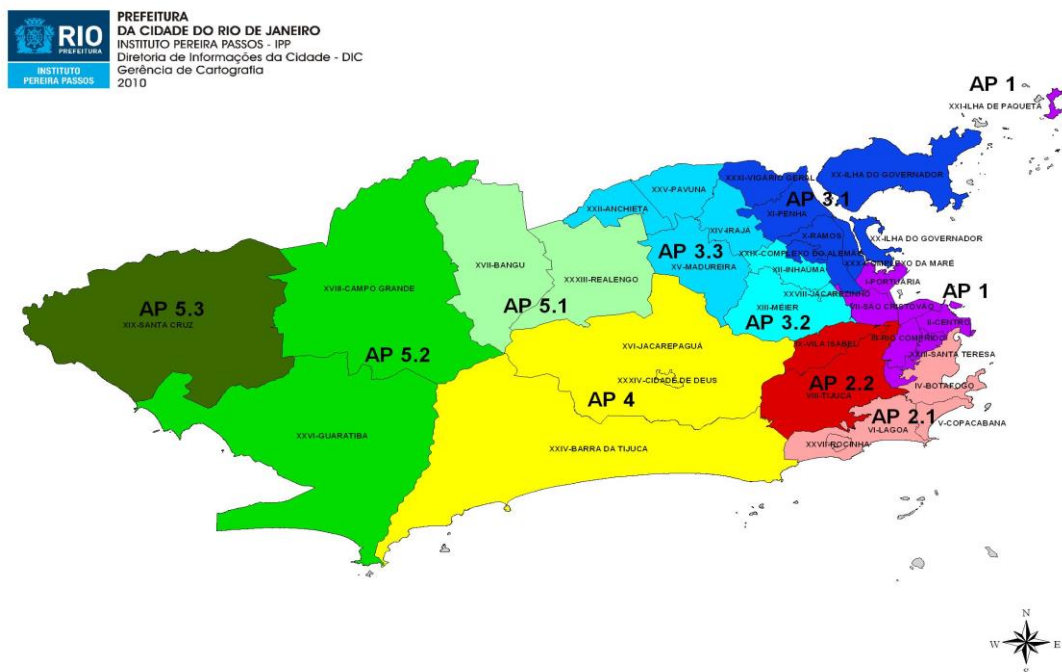
Os territórios onde se desenvolvem as práticas de saúde ( curativas, preventivas e promocionais) em geral são fragmentadas, ainda que estejam dentro de um mesmo município. Há uma diversidade de interpretações e múltiplos sentidos com relação ao que se chama de território no campo da saúde. Há portanto a necessidade de definir esse território para a melhor atuação dos AVS, aproximando-os do cotidiano da vida das pessoas sob seus cuidados, e o desenvolvimento de práticas efetivas – integrais e humanizadas – que auxiliem na melhoria das condições de vida da população e na produção de saúde. (GONDIM, 2008)

Uma prática de base territorial deve ser construída de forma a contribuir na identificação de informações, para operacionalizar as tomadas de decisão e para a definição de estratégias de ação nas “diferentes dimensões do processo de saúde-doença” (TEIXEIRA, PAIM & VILLASBOAS, 1998), ou seja, em termos das necessidades sociais; nos grupos de risco; na situação de exposição; nos danos e óbitos; sequelas; e nas doenças e agravos. Estas dimensões, entretanto, não estão separadas e sim relacionadas e em muitas vezes são causas, efeitos ou condições que se direcionam para situações-problema com contextos muito particulares, dada a diversidade de uso do território pelos atores sociais.

---

<sup>1</sup> As divisões do município do RJ em Áreas de Planejamntos, pretendia atender a orientação da 8ª CNS para que a organização dos territórios da saúde respondessem a uma concepção de Distritos Sanitários e para implantação do SUS onde as ações de saúde deveriam ser regionalizadas. A Resolução n.º 431, de 1993 da SMS do Rio de Janeiro, considerando, o que estabelece a Lei Orgânica do Município e o Plano diretor decenal da cidade, cria 10 Áreas de Planejamntos (APS) na cidade, constituídas por 32 Regiões Administrativas (RAs) e 157 bairros. Documento referente ao 4º Seminário da Região Metropolitana I- Fórum de Conselhos Municipais de Saúde da Região Metropolitana I- Rio de Janeiro 2005.

Figura 2 - Município do Rio de Janeiro por Áreas de Planejamento



Fonte: IPP, 2010

Monken (2003) afirma:

a categoria território é utilizada como estratégia básica para implementação de ações de promoção da Saúde, e de Vigilância em Saúde. Tal implementação segue a metodologia do Planejamento Estratégico Situacional<sup>2</sup>, que é construído a partir do processo de reconhecimento, no território, das condições de vida e situação de saúde da população, com o objetivo de realizar, coletivamente, o planejamento das intervenções no território-população, a partir da compreensão das vulnerabilidades e potencialidades do Território. Os Trabalhos de Campo assumem, assim, papel preponderante para as ações de Promoção e Vigilância em Saúde, pois configuram-se como o momento do reconhecimento do Território.

<sup>2</sup> O Planejamento Estratégico Situacional – PES é uma metodologia de planejamento estratégico, desenvolvido pelo economista, Chileno, Carlos Matus. No Brasil, esta metodologia é utilizada na nas ações de Vigilância em Saúde, em nível local do SUS, “como forma de organizar processos e ações para atuar sobre situações selecionadas e que tem o propósito de resolver problemas e atender às necessidades de uma população em um determinado território (localidade, município, estado, país) (VILASBOAS, 2004. In EPSJV, 2004).

É deste modo, que o reconhecimento do território pode ser operacional para as ações de saúde devido a sua concretude, sintetizando a totalidade social e suas particularidades. Conhecer o território, sua população e os processos que aí se desenvolvem (o território usado), bem como reconhecer as diversas territorialidades existentes na “arena territorial” e então construir práticas baseadas neste conhecimento como montar estratégias de ação que levem em conta a participação de atores sociais chaves para a emancipação e para a saúde da população envolvida. Assim, utilizar a categoria território como elemento estruturador das ações em saúde é mais do que gerar novas delimitações administrativas.

O território é visto como um espaço dinâmico, em permanente construção, fruto de relações políticas, econômicas, culturais e epidemiológicas. A situação de saúde dos indivíduos e dos grupos populacionais também é dinâmica e resulta das inter-relações entre os condicionantes históricos, culturais, sociais, epidemiológicos, políticos e econômicos, presentes em determinado território (MENDES et al., 1993).

Neste sentido, a Vigilância em Saúde como um movimento ideológico absorve conhecimentos inter/transdisciplinares e contempla tanto a ação do Estado quanto o compromisso da sociedade para a produção de ambientes e populações saudáveis (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000).

A nova perspectiva mediante políticas públicas saudáveis e participação da sociedade nas questões de saúde, condições e estilos de vida, demanda novos processos formativos que tenham como eixos fundamentais a investigação e a articulação com os serviços de saúde e outros setores pertinentes, produzindo lideranças setoriais e institucionais (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000).

Um dos componentes importantes para a garantia da qualidade do serviço é a qualificação do profissional, embora tenhamos a compreensão da complexidade e de como é abrangente falar em qualidade do serviço. (SILVA, 2013)

Nesse contexto, considerando que a saúde se faz com pessoas, onde estas definem os limites da qualidade do serviço, impõe-se a necessidade de investimento na qualificação dos profissionais, para que sejam alcançados os objetivos norteados pelos princípios do SUS.

**CAPITULO III: FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM VIGILÂNCIA EM  
SAÚDE – A EXPERIÊNCIA DA ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE  
JOAQUIM VENÂNCIO**



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Vigilância em Saúde é, portanto, um processo norteador das práticas de atenção e cuidado, capaz de efetivar os princípios da integralidade, da intersetorialidade, da equidade, da acessibilidade, da co-responsabilidade e da participação social, exercitados por profissionais conscientes, formadores de opinião e com práticas voltadas para o território.

A categoria território e suas diferentes abordagens possuem um significado para além de uma área político administrativa, valorizando os processos ali estabelecidos, suas dinâmicas e conformação com o cotidiano da população e suas interações com o ambiente.

A elaboração de diagnósticos das situações de vida e de saúde, no que tange a aspectos econômicos, sociais, culturais, demográficos, epidemiológicos, geográficos contribuem no processo de trabalho do AVS, no sentido de poder entender de que maneira aquela população configura seus processos de saúde e doença. Desse modo, ele pode trabalhar integrado às equipes de saúde e aos outros setores propondo medidas de intervenção de caráter participativo ampliado. (Anexo A)

Paim (1997) entende que o estudo das condições de vida de grupos populacionais deve levar em consideração também as ações voltadas para o atendimento das necessidades básicas de vida humana, tais como: saúde, saneamento, educação, alimentação e nutrição, lazer, segurança.

O AVS pode trabalhar na identificação não só de doenças, mas nas causas das doenças, e verificar também as potencialidades do território, e estimular a comunidade na resolução dos seus problemas, uma vez que o seu processo de trabalho se dá no contato direto com as famílias.

Uma boa estratégia para promover a sustentabilidade se dá por meio da participação local e pela revisão da forma como as pessoas vivem e trabalham.

Portanto, é imprescindível trabalhar a partir de bases territoriais, entendendo como um território-vivo, um lugar dinâmico, confluindo vários elementos que estão diretamente envolvidos na produção da saúde e da doença.

A apropriação efetiva da realidade, reconhecendo situações problemáticas vivenciadas, refletidas e objeto de intervenção, permite que todos os participantes transformem-se em sujeitos e promotores da compreensão da realidade e das mudanças necessárias ao desenvolvimento sustentável. Os profissionais de saúde são, igualmente, educadores; como tais, “confirmam o mundo que vivem ao serem educados no educar”. As ações de educação e

pedagogia para o desenvolvimento sustentável são aquelas que têm como missão desenvolver vínculos, animar a reflexão crítica conjunta, valorizar as diferenças, a formação e a defesa de ideias. (AUGUSTO, 2003)

Neste sentido, identificamos no trabalho de campo dos agentes de vigilância em saúde um grande potencial para a coleta e sistematização de informações dos mais variados temas podendo gerar análises situacionais de contextos que subsidiem a tomada de decisão.

Em relação à formação profissional oferecida pela ESPJV, podemos observar de ordem conceitual mudanças da relação saúde-ambiente e participação social, bem como da identificação da situação-problema. Os trabalhos finais dos alunos-trabalhadores, apontam para um novo olhar sobre a saúde e sua articulação intersetorial, por possibilitar reflexão e identificação das instâncias de poder como possibilidade de mudanças e resolutividade das ações de saúde.

Em sala de aula muitas vezes os alunos/AVS questionavam sobre como seria o processo de trabalho após o Curso, até que ponto a gestão da SMS iria adotar as práticas realizadas a partir da territorialização em saúde, nos serviços de saúde.

Pensando na estrutura rígida de algumas instituições, infelizmente sabemos que há um abismo entre a formação profissional proposta pela Escola Politécnica e a realidade do processo de trabalho dos agentes de vigilância em saúde, pois apontam em direções opostas.

Sendo assim, Monken e Batistella (2006) apostam nos projetos pedagógicos para a efetivação das mudanças nas práticas de saúde: “Se o propósito for transformar as práticas de saúde mediante a redefinição de políticas e a reorganização dos processos de trabalho, não se pode subestimar a questão pedagógica. Cumpre assim, aproveitar as oportunidades de mudança no modo de produção desses agentes, surgidas na conjuntura, buscando constituir novos sujeitos-agentes ético-políticos”

Ressaltamos que ainda há muito que se fazer no sentido de se romper com modelos antigos, visto que alguns gestores municipais ainda reproduzem práticas muito antigas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AUGUSTO, L.G.S. et al. **Saúde e ambiente: uma reflexão da ABRASCO**. Rev. Bras. Epidemiol. Vol. 6, n.º 2, 2003

ACSELRAD, H. **Desenvolvimento Sustentável: a luta por um conceito**. Revista Proposta, n.º 56, p.5-8, 1993.

\_\_\_\_\_. **Sustentabilidade e Democracia**. Revista Proposta, n.º 71, p.11-16, 1997.

AKERMAN, M. **Saúde e Desenvolvimento Local: princípios, conceitos, práticas e cooperação técnica**. São Paulo: HUCITEC, 2005. v. 1. 151 p.

ALMEIDA-FILHO, N & PAIM, J. **A crise da Saúde Pública e a Utopia as Saúde Coletiva**. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2000.

BARATA R.B.(org.) **Condições de Vida e Situação de Saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO; 1997.

BARCELLOS C. & BASTOS FI. **Geoprocessamento, ambiente e saúde, uma união possível?** Caderno de Saúde Pública. 12(3): 389-397, 1996.

BARCELLOS C. & MONKEN M. **Instrumentos para o Diagnóstico Sócio-Sanitário no Programa Saúde da Família**. In: FONSECA, A & CORBO, A. (orgs.) O território e o processo saúde-doença. Rio de Janeiro: EPSJV/FICRUZ, 225-265, 2007.

BARCELLOS, C. & MACHADO, J.H. **A Organização espacial condiciona as relações entre ambiente e saúde: o exemplo da exposição ao mercúrio em uma fábrica de lâmpadas fluorescentes**. Ciência & Saúde Coletiva, 3(2):1-3-113, 1998.

\_\_\_\_\_. **Constituição de um sistema de indicadores socioambientais**. In: MINAYO, M.C.S. & MIRANDA, A.C. Saúde e Ambiente Sustentável: Estreitando nós. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

\_\_\_\_\_. **Organização Espacial e Qualidade de Vida**; In: Seminário Nacional Saúde e Ambiente no Processo de Desenvolvimento, p. 27-34, Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2000b

BARCELLOS, C. et al. **Inter-relacionamento de dados ambientais e de saúde: análise de risco à saúde aplicado ao abastecimento de água no Rio de Janeiro utilizando Sistemas de Informação Geográfica**. Cadernos de Saúde Pública. 14(3):597605, 1998.

BARCELLOS, C; SABROZA, P.. **The place behind the case: Leptospirosis risks and associated environmental conditions in a flood-related outbreak** in Rio de Janeiro. Cadernos de Saúde Pública (ENSP. Impresso), Rio de Janeiro, v. 17, n. sup. 3, p. 7-14, 2001.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Editora Crítica, 2002.

BARRET, F . **Disease and geography: the history of an idea**. 23. Toronto: York University, (Geographical Monographs n. 23), 2000

BATISTELA, C.E.C. **Abordagens contemporâneas do conceito de saúde**. In: FONSECA, A. & CORBO, A. **Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde**. O território e o Processo Saúde Doença. Rio de Janeiro: EPSJV/ FIOCRUZ, 2007.

BATISTELLA, C.E.C. **Tensões na Constituição de Identidades Profissionais a partir do Currículo: análise de uma proposta de formação profissional na área de vigilância em saúde**. 2009. 255f. Dissertação (Mestrado em ciências na área de Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2009.

BECKER,B.K., CHRISTOFOLLETTI, A; DAVIDOVICH, F.R., GEIGER, P. **Geografia e Meio-Ambiente no Brasil**. São Paulo: Editora Hucitec / AnnaBlume Editora Comunicação Ltda, 2002.

\_\_\_\_\_. **Geografia Política do Desenvolvimento Sustentável**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 1997.

BEZERRA, A.C.V. **Subsídios à gestão territorial do programa de saúde ambiental: contribuição da geografia à construção de mapas operacionais para territorialização dos agentes de saúde ambiental no Recife, PE**. Dissertação (mestrado) Programa de Pós-Graduação em Geografia, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2008.

BEZERRA, A.C.V. **A consolidação das ações de campo da vigilância em saúde ambiental: heranças e desafios à territorialização**. (Tese) Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Geografia, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2012.

BRASIL. Portaria n°. 699/GM, de 30 de março de 2006. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, 2006.

\_\_\_\_\_. Portaria n° 648/GM de 28 de março de 2006. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2006

- \_\_\_\_\_. **Lei 8.080/90**. Diário Oficial da União, Brasília, 19 de setembro de 1990a
- \_\_\_\_\_. **Lei 8.142/90**. Diário Oficial da União, Brasília, 28 de dezembro de 1990b
- \_\_\_\_\_. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- \_\_\_\_\_. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1986.
- \_\_\_\_\_. **Relatório Final da 13ª Conferência Nacional de Saúde: Saúde e Qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento**/Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigilância em Saúde no SUS: fortalecendo a capacidade de resposta aos velhos e novos desafios**/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 228 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- BÚRIGO, A.C. **Politecnicidade e pedagogia do MST: a construção coletiva de um currículo de saúde ambiental para a população do campo**. Dissertação (Mestrado). Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/FIOCRUZ, 2010.
- BUSS, P. M. **Promoção da saúde e qualidade de vida**. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.
- \_\_\_\_\_. BUSS, P.M. **Uma Introdução ao Conceito de Promoção da Saúde**. In CZERESNIA, D. & FREITAS, C.M. **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.
- CARVALHO et al. **Saúde ambiental: uma análise dos resultados das Conferências Nacionais de Meio Ambiente, Saúde e Saúde Ambiental. Sustentabilidade em debate**. Centro de Desenvolvimento Sustentável da Universidade de Brasília, v. 1, nº 1, Brasília: 2010.
- CNDSS. **As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil**. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.
- CORDEIRO, J. C. **A Promoção da Saúde e a Estratégia de Cidades Saudáveis: um estudo de caso no Recife – Pernambuco**. Tese de Doutorado. Centro de Pesquisas Aggeu, Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife: 2008.

CORRÊA, R.L. **Territorialidade e Corporação: um exemplo**. In: SANTOS, M; SOUZA, M.A.; SILVEIRA, M.L. (Org.) Território: globalização e fragmentação. 3ed., São Paulo: HUCITEC/ANPUR, 1996.

\_\_\_\_\_. **Trajetórias geográficas**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1996.

\_\_\_\_\_. **Metrópoles, Corporações e Espaço: Uma Introdução ao Caso Brasileiro**. In: Brasil: Questões Atuais de Reorganização do Território. CASTRO, I.E. (Org.) Rio de Janeiro: Editora Bertrand, 1996.

CZERESNIA, D. **O Conceito de Saúde e a Diferença entre Prevenção e Promoção**. In CZERESNIA, D. & FREITAS, C.M. Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

FERREIRA, M.S. **Agite antes de usar... A promoção da saúde em programas brasileiros de promoção da atividade física: o caso do Agita São Paulo**. (Tese)Doutorado. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2008.

FRANCO, A. **Porque precisamos de Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável**. Revista SÉCULO XXI, separata do número 3, UNESCO, Agenda de Desenvolvimento Humano e Sustentável para o Brasil - documento preparatório ao Encontro Ano 2000. Março/2000.

FRANCO, M. S. **Conexões da saúde com a agenda da sustentabilidade**. In Saúde em Debate. Desenvolvimento e Sustentabilidade: desafios da Rio + 20, Rio de Janeiro, v. 36, n. especial, p. 4-12, jun. 2012

FREITAS, C.M. **Vigilância da Saúde: dos modelos assistenciais para a promoção da saúde**. In. CZERESNIA, D. & FREITAS, C.M. (orgs.) Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

FREITAS, C.M. & PORTO, M.F. **Saúde, ambiente e sustentabilidade**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

GALLO, EDMUNDO & SETTI, A.F.F. **Desenvolvimento Sustentável e Promoção da Saúde: implantação de agendas territorializadas e produção de autonomia**. In Saúde em Debate. Desenvolvimento e Sustentabilidade: desafios da Rio + 20, Rio de Janeiro, v. 36, n. especial, p. 4-12, jun. 2012

GEORGE, P. **O Meio-Ambiente**. Lisboa: Edições 70, 1984.

GIL, A.C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. São Paulo: Ed. Atlas, 2002.

GONDIM, G.M.M & MONKEN, M. **Territorialização em Saúde** (Verbetes) In Dicionário da Educação Profissional em Saúde. PEREIRA, I.B. & LIMA, J.C.F. 2.ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. 478 p

\_\_\_\_\_. **Saúde, educação, cidadania e participação: desafios para o século XXI - a experiência do Proformar**. Revista trabalho, educação e saúde, Rio de Janeiro, 2003.

GONDIM, G.M.M **Territórios da atenção básica: múltiplos, singulares ou inexistentes?** (Tese) Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2011.

\_\_\_\_\_. **Conceito de Risco ao da Prevenção: entre determinismo e incerteza**. In: FONSECA, A. & CORBO, A. Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde. O território e o Processo saúde-doença. Rio de Janeiro, EPSJV/ FIOCRUZ, 2007.

\_\_\_\_\_. **Espaço e Saúde: uma (inter)ação provável nos processos de adoecimento e morte em populações**. In. Miranda et al (Orgs.) Território, Ambiente e Saúde. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p.57-75.

GONDIM, G.M.M.; et all. **O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização** In: MIRANDA, A.C; BARCELLOS, C; MOREIRA, J. C.; MONKEN, M. Território, ambiente e saúde. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2008. p.237-255.

GOUVEIA, N. **Saúde e meio ambiente nas cidades: os desafios da saúde ambiental**. Revista Saúde e Sociedade. São Paulo, 1999, 8: 49-61.

GUSMÃO, R.P. (coord.) **Diagnóstico Brasil. A ocupação do território e o Meio Ambiente**. Rio de Janeiro, 1990.

GRANDO, S.E. **A Territorialização em Saúde como instrumento para a Vigilância em Saúde na Comunidade Vila do Arvoredo, Ingleses**. Dissertação (mestrado) Planejamento Territorial e Desenvolvimento Socioambiental, Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

HAESBAERT, R. **O Mito da Desterritorialização**. Rio de Janeiro: Editora Bertrand Brasil, 2004.

HAIKEL,S. **A memória das coisas e das palavras: um estudo das repercussões neurocomportamentais dos agentes de saúde pública expostos a agrotóxicos.** Dissertação Mestrado, Rio de Janeiro: UFRJ, 2005.

HERCULANO, S; PORTO, M.F.S.; FREITAS, C.M. (Org.), Selene. A Qualidade de Vida e seus Indicadores. In: HERCULANO, S., PORTO, M.F.S., FREITAS, C.M.(Org.). Qualidade de Vida e Riscos Ambientais. Niterói: EDUFF, 2000 p. 219-245

JACOBI, **P. Poder local, políticas sociais e sustentabilidade.** Saúde Sociedade, São Paulo, v. 8, n. 1, fev. 1999.

LALONDE M. **A new perspective on the health of Canadians: a working document.** Ottawa: Health and Welfare Canada; 1974.

LEAVELL, S.& CLARCK, E.G. Medicina Preventiva. São Paulo: MacGraw- Hill, 1976

LEFF, E. **Saber ambiental: sustentabilidade, racionalidade, complexidade e poder.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2001.

MACHADO, J. et al. **Sustentabilidade. Desenvolvimento e Saúde: desafios contemporâneos.** In Saúde em Debate. Desenvolvimento e Sustentabilidade: desafios da Rio + 20, Rio de Janeiro, v. 36, n. especial, p. 4-12, jun. 2012

MATUS, C. **Planejamento Estratégico-Situacional.** In. RIVERA, F.J. (Org. Planejamento e programação em Saúde: um enfoque estratégico. São Paulo, 1989

MENDES E. V. **A construção social da Vigilância à Saúde do Distrito Sanitário.** Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde, n. 10,: 7-19, Brasília, OPS. 1993a.

\_\_\_\_\_. **Distrito Sanitário: O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde.** São Paulo- Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco.1993b.

\_\_\_\_\_. A descentralização do sistema de serviços de saúde no Brasil: novos rumos e um novo olhar sobre o nível local. In. MENDES, E.V. (Org.) A Organização da saúde no nível local. São Paulo: Hucitec, 1998: 17-55.

\_\_\_\_\_. **Uma agenda para a saúde,** Editora Hucitec, 1998.

MENDES-GONÇALVES, R.B. **Tecnologia e organização das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo.** São Paulo, Hucitec-Abrasco, 1994.



MINAYO, M.C.S. (org) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ; Vozes, 1994.

\_\_\_\_\_. Enfoque ecossistêmico de saúde e qualidade de vida. In Saúde e Ambiente Sustentável: estreitando Nós. MINAYO, M.C.S (Org) Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2002.

MINAYO, M.CS. & MIRANDA, A.C. (orgs) **Saúde e Ambiente Sustentável: estreitando nós**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

MONKEN, M. **Contexto, território, e processo de territorialização de informações: Desenvolvendo estratégias pedagógicas para a educação profissional em saúde**. In A Geografia e o contexto dos problemas de saúde. BARCELLOS, C (org.), Rio de Janeiro: ABRASCO; ICICT; EPSJV, 2008. 384 p. (Saúde e Movimento; nº 6)

\_\_\_\_\_. **Desenvolvimento de tecnologia educacional a partir de uma abordagem geográfica para a aprendizagem da territorialização em vigilância em saúde**. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2003. 170 p. Tese (Doutorado).

MONKEN, M. & BARCELLOS. **Vigilância à saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas**. Caderno de Saúde pública. V. 21, n 3, p. 898 -906, 2005.

\_\_\_\_\_. MONKEN, M.; BARCELLOS, C. **O território na promoção e vigilância em saúde**. In: FONSECA, A & CORBO, A. (Org.). O território e o processo saúde-doença. 1ed. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007, v.1, p. 177-224.

\_\_\_\_\_. MONKEN, M.; BARCELLOS, C. **O território na Vigilância Sanitária**. In: Gustavo Azeredo Furquim Werneck; Maria Christina Fekete. (Org.). Textos da VISA na Atenção Básica. Belo Horizonte: Cooperativa editora e Cultura médica, 2007, v. 1, p. 43-87.

MONKEN, M. et al. **Formação de formadores em saúde ambiental nos territórios dos assentamentos do movimento dos trabalhadores sem terra (MST): uma estratégia para o enfrentamento dos determinantes sociais da saúde da população do campo**. Laboratório de Educação Profissional em Vigilância em Saúde. EPSJV, 2008. (mimeo).

\_\_\_\_\_. **O Território na Saúde: construindo referências para análises em Saúde Ambiente**. In. MIRANDA et al (Orgs.) Território, Ambiente e Saúde. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p.23-41.

MORAES, D.R. Políticas Públicas Saudáveis. Apostila Curso de Saúde da Família. Universidade Cândido Mendes, 2005.

MOREIRA, V.S. **A categoria território na qualificação profissional em Vigilância em Saúde (VISAU): uma análise da experiência do Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde (Proformar) em Nova Iguaçu – RJ.** Dissertação (mestrado) Educação Profissional em Saúde. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Rio de Janeiro: 2012.

NETTO, G.F et al. **Impactos socioambientais na situação de saúde da população brasileira: Estudo de indicadores relacionados ao saneamento ambiental inadequado.** Revista Tempus: actas de saúde coletiva, Brasília, v. 4, n. 4, p. 53-71, 2009.

\_\_\_\_\_. **Saúde e Ambiente: reflexões para um novo ciclo do SUS.** IN: CASTRO.A; MALO, M. SUS: ressignificando a promoção da saúde. São Paulo: HUCITEC/OPAS, 2006. p. 152-170.

NETTO, G.F; CARNEIRO, F.F. **Vigilância Ambiental em Saúde no Brasil.** Ciência e Ambiente, Santa Catarina, v. 25, p. 47-58, jul./dez. 2002

OLIVEIRA, C.M & CASANOVA, A.O. **Vigilância da Saúde no Espaço de Práticas da Atenção Básica,** 2007

OMS/Unicef (1979).Cuidados Primários à Saúde. Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata, Rússia. Brasília: UNICEF.

OPAS (Organização Pan Americana de Saúde). **Princípios da Carta Panamericana de Saúde/OPAS,** item 5, 1994.

OPAS (Organização Pan Americana de Saúde). **Representação Brasil. Ecossistema e Saúde Humana: alguns resultados da Avaliação Ecossistêmica do Milênio.** Lançamento em 30 de maio de 2005. Brasília, DF; 2005.

PAIM, J S. **O que é o SUS.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009. (Coleção Temas em Saúde).

PAIM, J.S. & ALMEIDA FILHO, N. **Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas?** Rev. Saúde Pública, 32 (4): 299-316, 2000.

PEREIRA, I.B & LIMA,J.C.F. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde.** 2.ed.rev.ampl.- Rio de Janeiro: EPSJV, 2009. 182 p.

PORTO-GONÇALVES, C.W. **A globalização da natureza e a natureza da globalização.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006

RAFFESTIN, C. **Por uma geografia do poder.** Tradução de Maria Cecília França. São Paulo: Ática, 1993.

RATTNER, H. **Meio ambiente, saúde e desenvolvimento sustentável.** Ciênc. saúde coletiva vol.14 no.6 Rio de Janeiro Dec. 2009

RIBEIRO, H. **Saúde Pública e meio ambiente: evolução do conhecimento e da prática, alguns aspectos éticos.** Saúde soc. vol.13 no.1 São Paulo Jan./Apr. 2004

ROSEN, G. **Uma História da Saúde Pública.** São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO, 1994.

SABROZA P.C., LEAL M.C. **Saúde, Ambiente e Desenvolvimento: alguns conceitos fundamentais.** In: Leal MC, Sabroza PC, Rodriguez RH, Buss PM, organizadores. Saúde, ambiente e desenvolvimento. vol. 1. São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO; 1992a. p. 45-93.

SABROZA, P.S.; LEAL, M.C.; BUSS, P. **A Ética do Desenvolvimento e a Proteção às Condições de Saúde.** Cad. Saúde Públ. Rio de Janeiro, 8(1) 88:95, Jan/Mar, 1992b.

SACHS, I. **Caminhos para o Desenvolvimento Sustentável.** 2 ed. Rio de Janeiro: Garamond, 2002. 96 p.

\_\_\_\_\_. **Desenvolvimento: includente, sustentável, sustentado.** Rio de Janeiro: Editora Garamond, 2008.

SACHS, W. **Anatomia Política do Desenvolvimento Sustentável.** Revista Democracia Viva, n.1, 1997, p.11-23.

SANTOS, M. **Metamorfoses do espaço habitado: fundamentos teóricos e metodológicos da Geografia.** São Paulo: Hucitec, 1996.

\_\_\_\_\_. **Técnica, espaço, tempo: globalização e meio técnico-científico-informacional.** São Paulo: Hucitec, 1994.

\_\_\_\_\_. **A Natureza do Espaço: Técnica e tempo, Razão e emoção.** São Paulo: Ed. Hucitec; 1999.

SEBASTIANY, G.D. **Meio ambiente e saúde: indicadores de qualidade de vida e desenvolvimento humano** Revista Capital Científico – Eletrônica (RCCe), vol.10 n. 2, Julho/Dezembro 2012

SETT I, A.F.F.; GALLO, E. **Promoção da saúde e desenvolvimento sustentável: proposta de matriz de avaliação qualitativa de projetos locais**. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 407-419, set./dez. 2009

SETTI, A.F.F. **Análise de intervenção em áreas de mananciais no município de São Bernardo do Campo: o caso do Programa Bairro Ecológico**. (Dissertação)Mestrado. Universidade de São Paulo, 2008.

SILVA, E.A. **Diagnóstico do município de Teresópolis (RJ) na perspectiva do barômetro da sustentabilidade**. Monografia de Conclusão do Curso de Especialização em Análise Ambiental e Gestão do Território pela Escola Nacional de Ciências Estatísticas (ENCE). Rio de Janeiro, 2006.

SILVA, F.V.S.M. **A qualificação Profissional das Práticas da Estratégia Saúde da Família para o trabalho no território: um estudo com as ESF da AP 3.1/RJ**. Dissertação (mestrado) Educação Profissional em Saúde. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Rio de Janeiro: 2013

SILVEIRA, et al. **Perspectiva da avaliação de impacto à saúde nos projetos de desenvolvimento no Brasil: importância estratégica para a sustentabilidade**. Cad. Saúde Coletiva, 2012, Rio de Janeiro, 20 (1): 57-63

SOUZA, M.A. **Uso do Território e Saúde. Refletindo sobre "municípios saudáveis"**. In: Ana Maria Girotti Sperandio. (Org.). **O processo de construção da Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis**. 1 ed. Campinas: IPES Editorial, 2004, v. 2, p. 57-77.

SOUZA, M.F. et all. **Formação dos Agentes Comunitários de Saúde na cidade de São Paulo: ação civilizatória na construção de Ambientes Verdes e Saudáveis**. Saúde em Debate. Desenvolvimento e Sustentabilidade: desafios da Rio + 20, Rio de Janeiro, v. 36, p. 79-84, junho 2012

SOUZA, M.L. **O território: sobre espaço e poder, autonomia e desenvolvimento**. In: CASTRO, I.E. et al (orgs.). Geografia: conceitos e temas. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1995.

**STOTZ, E.N. Necessidade de saúde: mediações de um conceito - contribuição das Ciências Sociais para a fundamentação teórico-metodológica de conceitos operacionais da área de planejamento em saúde.** Tese (Doutorado) ENSP/FIOCRUZ, 1991.

**TEIXEIRA, C.F. Formulação e implementação de políticas públicas saudáveis: desafio para o planejamento e gestão das ações de promoção da saúde nas cidades.** Saúde e Sociedade v.13, n.1, p.37-46, jan-abr 2006

**TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S. & VILLASBÔAS, A. L. SUS: modelos assistenciais e vigilância da saúde.** Informe Epidemiológico do SUS, 7(2): 7-28, 1998.

**TEIXEIRA, C.F. & SOLLA, J.P. Modelo de Atenção à saúde: Promoção, Vigilância e Saúde da Família.** Salvador: Edufba, 2006.

**UNGLERT, C. V. S. Territorialização em Sistema de Saúde.** In. Mendes, E.V. (Org.) Distrito Sanitário: O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo- Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1993.

\_\_\_\_\_. **Contribuição para o estudo da localização de serviços de saúde: uma abordagem de geografia em saúde pública.** São Paulo. Tese (Doutorado) Faculdade de Saúde Pública USP, 1986.

**VERDI M & CAPONI S. Reflexões sobre a promoção da saúde numa perspectiva bioética** Texto Contexto Enferm 2005 Jan-Mar; 14(1):82-8.

## ANEXOS

### **Anexo A: Estrutura do Diagnóstico das Condições de Vida e Situação de Saúde que os alunos do Curso Técnico de Vigilância em Saúde produzem ao longo do Curso**

#### **Estrutura do Diagnóstico das condições de vida e situação de saúde do território da área de abrangência da unidade básica de saúde**

---

Esse Roteiro é a base para a estruturação de seu trabalho final. Ele está dividido em três partes que compreendem as diferentes etapas desenvolvidas durante o trabalho de campo.

- Parte I – Informação: Reconhecimento das condições de vida e situação de saúde;
- Parte II – Decisão: O planejamento estratégico-situacional;
- Parte III – Plano de ação: Projeto de intervenção para o território.

#### **Parte I – Informação: Reconhecimento das condições de vida e situação de saúde**

##### **1. Localização Geográfica do Território**

###### **1.1. Localização do Estado do Rio de Janeiro no Brasil**

###### **1.2. Localização do município no Estado do Rio de Janeiro**

###### **1.3. Localização do território da Área de Abrangência da Unidade de Saúde (Território do Trabalho de Campo) no município do Rio de Janeiro**

##### **2. A história da ocupação do Território – Município, AP e Bairro**

##### **3. Organização político-administrativa do governo do município do Rio de Janeiro**

###### **3. 1. Estrutura do poder público do município**

###### **3. 2. Secretarias do governo municipal**

###### **3. 3. Os territórios administrativos do município**

###### **3.3.1. Áreas de Planejamento**

###### **3.3.2. Regiões Administrativas**

###### **3.3.3. Bairros**

###### **3.4. Estrutura administrativa da secretaria de saúde**

###### **3.4.1. Coordenadorias de Áreas de Planejamento (CAP)**

###### **3.4.2. Estrutura e ações da Unidade de Saúde do grupo.**

###### **3.4.3 Organização e hierarquia da Superintendência de Promoção da Saúde do município do Rio de Janeiro**

##### **4. Distribuição territorial da população nas escalas da Área de Planejamento e bairros do município do Rio de Janeiro, e território da Área de Abrangência da UBS.**

###### **4.1. População Total:**

Moradores em domicílios particulares e domicílios coletivos.

#### **4.2. População por Gênero:**

##### **Por AP e Bairro:**

- Homens moradores em domicílios particulares e domicílios coletivos;
- Mulheres moradoras em domicílios particulares e domicílios coletivos;
- Razão de sexo.

##### **Por Área de Abrangência:**

- Razão de Sexo por setor censitário.

#### **4.3. População por Faixa Etária:**

##### **Por AP e Bairro:**

- Jovens (população entre 0 a 19 anos) moradores em domicílios particulares e domicílios coletivos;
- Adultos (população entre 20 a 59 anos) moradores em domicílios particulares e domicílios coletivos;
- Idosos (acima de 59 anos) moradores em domicílios particulares e domicílios coletivos.

##### **Por Área de Abrangência:**

- População entre 0 a 14 anos, moradores em domicílios particulares e domicílios coletivos;
- População entre 15 a 39 anos, moradores em domicílios particulares e domicílios coletivos;
- População entre 40 a 59 anos, moradores em domicílios particulares e domicílios coletivos;
- População entre 60 anos ou mais, moradores em domicílios particulares e domicílios coletivos;

#### **4.4. População por escolaridade:**

**Taxa de Alfabetização de Adultos.**

### **5. Recursos ecológicos, ambientais e do espaço construído.**

#### **5.1. Tipo de clima predominante na região do município do Rio de Janeiro.**

#### **5.2. Temperatura e Pluviometria.**

**5.2.1. No município do Rio de Janeiro**

**5.2.2. Na Estação de coleta**

#### **5.3. Espaço Natural (relevo, hidrografia, vegetação e áreas de proteção ambiental)**

**5.3.1. No município do Rio de Janeiro**

**5.3.2. Na área de abrangência da UBS**

#### **5.4. Espaço Construído de uso comum (conjuntos e condomínios residenciais, avenidas, ferrovias, metrovias, áreas de lazer e outros aspectos).**

**5.4.1. No município do Rio de Janeiro**

**5.4.2. Na área de abrangência da UBS**

#### **5.5. Principais Processos Produtivos no território**

#### **5.6. Principais espaços naturais e/ou construídos no entorno do território da área de abrangência da UBS que afetam as condições de vida e situação de saúde.**

## **6. Recursos sociais, políticos e culturais**

### **6.1. Escolas**

**6.1.1. Na Área de Planejamento onde se localiza a UBS do Trabalho de Campo**

**6.1.2. Na Área de Abrangência da UBS (escolas públicas e privadas)**

### **6.2. Rede de Saúde**

**6.2.1. Na Área de Planejamento onde se localiza a UBS do Trabalho de Campo**

**6.2.2. Na Área de Abrangência da UBS (unidades de saúde pública e privada)**

**6.3. Espaços de entidades civis no território da Área de Abrangência da UBS: ONGs; Associações de Moradores; Sindicatos; creches; clubes; igrejas; Movimentos sociais.**

**6.3.1 Ações de promoção da saúde no território da área de abrangência da UBS**

### **6.4. Comunicação Social**

**6.4.1 Em instituições Públicas**

**6.4.2 Em entidades Civis**

**6.4.3 Locais de interações sociais (praças, bares, áreas de lazer, etc)**

**7. Recursos da estrutura sanitária nas escalas da Área de Planejamento e bairros do município do Rio de Janeiro, e território da Área de Abrangência da UBS.**

### **7.1. Água**

- **Domicílios particulares permanentes com abastecimento de água da rede geral.**

### **7.2. Esgoto**

- **Domicílios particulares permanentes com banheiro de uso exclusivo dos moradores ou sanitário e esgotamento sanitário via rede geral de esgoto ou pluvial.**

### **7.3. Coleta de Resíduos (Lixo)**

- **Domicílios particulares permanentes com lixo coletado.**

**8. Distribuição territorial de casos de doenças nas escalas geográficas das Áreas de Planejamento, e Bairros do município do Rio de Janeiro e na Área de Abrangência da UBS**

## **9. Área de Atuação da Vigilância em Saúde Ambiental (VSA)**

**9.1. Estrutura e Ações da VSA do Poder Público Federal.**

**9.2. Estrutura e Ações da VSA do Poder Público Estadual.**

**9.3. Estrutura e Ações da VSA do Poder Público Municipal.**

**9.4. Identificação e localização de situações de risco ambiental para a saúde no território da área de abrangência da UBS**

**9.5. Identificação das condições de moradia território da área de abrangência da UBS, descrevendo-a e destacando aquelas que geram riscos e agravos à saúde**

**9.6. Identificação das vulnerabilidades socioambientais território da área de abrangência da UBS**



**9.7. Identificação das situações de risco sanitário e do saneamento ambiental território da área de abrangência da UBS**

**10. Área de Atuação da Vigilância Epidemiológica (VE)**

**10.1. Estrutura e ações da VE do Poder Público Federal.**

**10.2. Estrutura e ações da VE do Poder Público Estadual.**

**10.3. Estrutura e ações da VE do Poder Público Municipal.**

**10.3.1. Programas de Saúde na Unidade Básica de Saúde.**

**10.4 Locais para postos de campanhas de vacinação**

**10.4.1 Ações e potencialidade para parcerias e intervenções de promoção a saúde nestes locais.**

**10.5 Principais doenças no território da área de abrangência da UBS.**

**10.5.1. Exemplo de uma série histórica de uma doença no território da área de abrangência da UBS.**

**10.6 Recursos e capacidade de assistência às doenças localizadas no território da área de abrangência da UBS (rede de apoio pública e de entidades civis).**

**11. Área de Atuação da Vigilância Sanitária (VISA)**

**11.1. Estrutura da VISA do Poder Público Federal.**

**11.2. Estrutura da VISA do Poder Público Estadual.**

**11.3. Estrutura da VISA do Poder Público Municipal.**

**11.4 Identificação e localização de situações de risco sanitário para a saúde no território da área de abrangência da UBS.**

**12. Área de Atuação da Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT)**

**12.1. Estrutura e ações da VISAT do Poder Público Federal.**

**12.2. Estrutura e ações da VISAT do Poder Público Estadual.**

**12.3. Estrutura e ações da VISAT do Poder Público Municipal.**

**12.4 Identificação e localização de situações de risco a saúde do trabalhador no território da área de abrangência da UBS.**

**13. Territorialização da Área de Equipe da ESF – ESTÁGIO**

**Parte II – Decisão: Planejamento Estratégico Situacional para o território**

**Parte III – Plano de Ação: Projeto de intervenção para o território**